



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Drogodependencia en el ámbito penitenciario. Papel del personal de Enfermería.

Autor/es

BEATRIZ SÁENZ-DÍEZ PÉREZ

Director/es

RAFAEL VELASCO GARCÍA

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Drogodependencia en el ámbito penitenciario. Papel del personal de Enfermería., de BEATRIZ SÁENZ-DÍEZ PÉREZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

**DROGODEPENDENCIA EN EL ÁMBITO
PENITENCIARIO. PAPEL DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA**

*DRUG DEPENDENCE IN PRISON
SETTINGS. THE ROLE OF NURSING
STAFF*

Autoría: Beatriz Sáenz-Díez Pérez

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutoría: D. Rafael Velasco García

Logroño (La Rioja) / mayo, 2020

Curso Académico 2019-2020

Convocatoria 2 Excepcional

ÍNDICE

1. RESUMEN / ABSTRACT.....	5
2. PALABRAS CLAVE / KEYWORDS.....	7
3. INTRODUCCIÓN.....	8
3.1. DROGA Y DROGODEPENDENCIA.....	8
3.2. ÁMBITO PENITENCIARIO.....	11
3.3. DROGODEPENDENCIA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO	12
3.3.1. Prevalencia del consumo de drogas en el ámbito penitenciario	12
3.3.2. Características socio-sanitarias de los drogodependientes en el ámbito penitenciario	15
3.4. ATENCIÓN SANITARIA EN PRISIÓN.....	18
3.4.1. Repaso histórico de la atención sanitaria en prisión	18
3.4.2. Marco jurídico-legal de la atención sanitaria en prisión	19
3.4.3. Atención sanitaria al toxicómano en prisión	20
3.5. JUSTIFICACIÓN	25
3.6. OBJETIVOS	26
4. METODOLOGÍA	27
4.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	27
4.1.1. Términos de lenguaje controlado, términos de lenguaje libre y operadores booleanos	27
4.1.2. Criterios de selección: inclusión y exclusión	29
5. RESULTADOS.....	48
5.1. ENFERMERÍA PENITENCIARIA ACTUAL	63
5.1.1. Enfermería Penitenciaria actual en drogodependencias	68
5.2. PROGRAMAS DE DROGODEPENDENCIAS Y PAPEL DE ENFERMERÍA	69
5.2.1. Programas de Prevención y Educación para la Salud y papel de Enfermería ...	69
5.2.2. Programas de Reducción de Riesgos y Daños y papel de Enfermería	71
5.2.3. Programas Libres de Droga (PLD) y papel de Enfermería	82
6. CONCLUSIONES.....	87
7. BIBLIOGRAFÍA.....	91
8. ANEXOS	97
ANEXO 1: Valoración de enfermería del paciente drogodependiente	97
ANEXO 2: Plan de cuidados estandarizado (PCE) del paciente drogodependiente	99

ÍNDICE de ilustraciones

Ilustración 1. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15 a 64 años (%). España, 1995-2017	10
Ilustración 2. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15 a 64 años (%). España, 1995-2017	10
Ilustración 3. Prevalencia de consumo de tabaco en prisión (últimos 30 días). España, 2016.....	12
Ilustración 4. Prevalencia de consumo de tranquilizantes sin receta en prisión (últimos 30 días). España, 2016.....	13
Ilustración 5. Prevalencia de consumo de cannabis en prisión (últimos 30 días). España, 2016.....	13
Ilustración 6. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días). España, 2016.....	14
Ilustración 7. Fallecidos en Instituciones Penitenciarias en el año 2018 en España clasificados por causa y lugar de fallecimiento.....	15
Ilustración 8. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según sexo. España, 2016	16
Ilustración 9. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según edad. España, 2016.....	16
Ilustración 10. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según nacionalidad. España, 2016.....	17
Ilustración 11. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según situación procesal. España, 2016	17
Ilustración 12. Evolución del número de centros penitenciarios con Programas de Mediadores en Salud de 1999 a 2009 en España.....	71
Ilustración 13. Evolución de la necesidad y de la provisión de jeringas estériles entre los inyectadores de drogas de 1992 a 2009 en España.....	73
Ilustración 14. Evolución de la necesidad y de la provisión de TSO en instituciones penitenciarias de 1992 a 2009 en España	76
Ilustración 15. Evolución del número de internos en el PMM en instituciones penitenciarias de 1999 a 2009 en España.	77

ÍNDICE de tablas

Tabla 1. Términos MeSH y DeCS utilizados como lenguaje controlado.....	28
Tabla 2. Términos utilizados en lenguaje libre	28
Tabla 3. Criterios de selección utilizados, de inclusión y exclusión	29
Tabla 4. Búsqueda bibliográfica realizada en PubMed	33
Tabla 5. Búsqueda bibliográfica realizada en Cuiden.	35
Tabla 6. Búsqueda bibliográfica realizada en Biblioteca Cochrane Plus.....	38
Tabla 7. Búsqueda bibliográfica realizada en Dialnet	41
Tabla 8. Búsqueda bibliográfica realizada en Google Académico	44
Tabla 9. Búsqueda bibliográfica realizada en la RESP	46
Tabla 10. Búsqueda bibliográfica realizada en la SESP	47
Tabla 11. Número de artículos seleccionados sin incluir artículos duplicados.....	48
Tabla 12. Artículos seleccionados y clasificación según la categoría de análisis sobre la que tratan.....	62
Tabla 13. Competencias de la enfermería penitenciaria	64
Tabla 14. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) para la población penitenciaria de género masculino, clasificados según los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados	65
Tabla 15. Objetivos de Enfermería (NOC) y resultados de Enfermería (NIC) para la población penitenciaria de género masculino, clasificados según Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	68

Abreviaturas

- **APA:** Asociación Americana de Psiquiatría.
- **BZD:** Benzodiacepinas.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición.
- **DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
- **EDADES:** Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España.
- **ESDIP:** Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias.
- **GAD:** Grupo de Atención a Drogodependientes.
- **LEE:** Lenguaje Enfermero Estandarizado.
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAE:** Proceso de Atención de Enfermería.
- **PCE:** Plan de Cuidados Estandarizado.
- **PIJ:** Programa de Intercambio de Jeringuillas.
- **PLD:** Programas Libres de Droga.
- **PMB:** Programa de Mantenimiento con Buprenorfina.
- **PMM:** Programa de Mantenimiento con Metadona.
- **RAD:** Reacción Aguda a Drogas.
- **RAE:** Real Academia Española.
- **RESP:** Revista Española de Sanidad Penitenciaria.
- **SESP:** Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- **SNC:** Sistema Nervioso Central.
- **TSO:** Terapia de Sustitución de Opiáceos.
- **UDVP:** Usuario de Drogas Vía Parenteral.
- **VHC:** Virus de la Hepatitis C.
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

1. RESUMEN / ABSTRACT

RESUMEN:

Introducción:

La drogodependencia es uno de los principales problemas de salud en los centros penitenciarios. La Institución Penitenciaria debe garantizar los derechos de los internos como usuarios de los servicios de salud. Las intervenciones sanitarias en materia de drogodependencias en prisión se organizan en programas de prevención, de reducción de riesgos y daños y de abstinencia. El personal de Enfermería forma parte activa de estos programas.

Metodología:

Se ha realizado un Trabajo de Revisión e Investigación Bibliográfica mediante la búsqueda realizada en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y Google Académico y en los recursos oficiales ofrecidos por las distintas sedes electrónicas y webs públicas españolas RESP y SESP. Se seleccionaron 45 artículos.

Resultados:

La Enfermería Penitenciaria difiere de la llevada a cabo en el medio externo, por lo que se requieren unas competencias concretas, en este caso en drogodependencias. Para garantizar la calidad de los cuidados, se propone la utilización del PAE y de los PCE.

Los Programas de Prevención y Educación para la Salud pretenden disminuir la aparición de nuevos casos de drogodependientes mediante actuaciones de promoción y educación para la salud, que son una parte fundamental de la actividad enfermera.

Los Programas de Reducción de Riesgos y Daños intentan reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas. Destacan el PIJ, la TSO conformada por el PMM y el PMB y el Programa de Actuación de Sobredosis. Los profesionales de Enfermería se encargan de repartir el material e identificar las sobredosis, pero, además, realizan educación sanitaria, observan el estado general de salud y brindan consejo y apoyo.

Los PLD tienen como objetivo poner fin a las drogodependencias a través de tres fases: desintoxicación, deshabitación e inserción social. El personal enfermero tiene un papel fundamental por su accesibilidad a los pacientes y por su papel de educadores de salud.

Conclusión:

En prisión se busca el respeto de todos los derechos humanos, salvo el de libertad. Por lo tanto, el abordaje de las drogodependencias es fundamental.

Se considera necesaria una visibilización de la labor realizada por el personal de Enfermería y la definición de sus funciones en el medio penitenciario y en concreto con los presos drogodependientes.

ABSTRACT:

Introduction:

Drug dependence is one of the main health problems in prison settings. The Penitentiary Institution must assure the rights of prisoners as users of health services. Health interventions in the area of drug dependence in prison are organized into programs of prevention, risk and harm reduction and abstinence. Nursing staff are an active part of these programs.

Methodology:

A Bibliographic Research and Review Work has been carried out by searching in Pubmed, Cuiden, Cochrane Plus, Dialnet and Google Académico databases and in the official resources offered by the different Spanish electronic offices and public websites RESP and SESP. 45 articles were selected.

Results:

Penitentiary Nursing differs from that carried out in the external environment, so specific competencies are required, in this case in drug dependencies. To guarantee the quality of care, the use of PAE and PCE is proposed.

The Prevention and Health Education Programs aim to reduce the appearance of new cases of drug addicts through health promotion and education actions, which are a fundamental part of nursing activity.

Harm and Risk Reduction Programs attempt to reduce the harmful consequences of drug use. The PIJ, the TSO made up of the PMM and the PMB and the Overdose Action Program stand out. Nursing staff are responsible for distributing the material and identifying overdoses, but they also carry out health education, observe the general state of health and provide advice and support.

PLD aim to end drug dependence through three phases: detoxification, cessation and social insertion. Nursing staff play a fundamental role due to their accessibility to patients and their health education activities.

Conclusion:

In prison, respect for all human rights is sought, except freedom. Therefore, the drug dependence approach is essential.

It is considered necessary to make visible the work carried out by the Nursing staff and the definition of their functions in the prison environment and specifically with drug dependent prisoners.

2. PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

PALABRAS CLAVE:

Drogas, Prisiones, Enfermería, Programas de Prevención, Programa de Intercambio de Aguja, Tratamiento de Substitución de Opiáceos, Sobredosis de Droga, Programas Libres de Droga.

KEYWORDS:

Substance-Related Disorders, Prisons, Nursing, Prevention Programs, Needle-Exchange Programs, Opiate Substitution Treatment, Drug Overdose, Drug-Free Programs.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. DROGA Y DROGODEPENDENCIA

La Real Academia Española (RAE) define droga como “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, depresivo, narcótico o alucinógeno” (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término droga es de uso variado (2). En la presente revisión la palabra droga se refiere al de sustancia psicoactiva. En este sentido se define como “sustancia que cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, como la percepción, la conciencia, la cognición o la afectividad” (2).

Las drogas pueden clasificarse en función del efecto que causen en el Sistema Nervioso Central (SNC). Pueden ser estimulantes, cuando activan, potencian o incrementan su actividad; depresoras, cuando suprimen, inhiben o reducen su actividad; narcóticas, cuando inducen estupor, coma o insensibilidad al dolor; y alucinógenas, cuando inducen alteraciones de la percepción o del pensamiento (2).

El sustrato neurobiológico del consumo de drogas es la liberación de dopamina y la consecuente activación de la vía mesolímbica dopaminérgica, la cual forma parte de un mecanismo de recompensa cerebral (3).

Las neuronas de la vía mesolímbica dopaminérgica se activan en respuesta a los estímulos reforzadores primarios, como son la comida, el agua o la conducta sexual, y se produce un fenómeno de saciedad. Sin embargo, tiene un comportamiento diferente cuando se activa por sustancias psicoactivas, ya que las drogas inducen un deseo aumentado o imperioso de experimentar los síntomas de nuevo (3).

Cuando la persona presenta una sensibilización del sistema dopaminérgico por una cronificación del consumo de las drogas, se producen fenómenos de adaptación a nivel cerebral y dificultad para controlar dicho consumo (3).

Para definir las patologías mentales desde una perspectiva sintomática, existen unos sistemas de clasificación, el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición), creado por la OMS (4) y el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), creado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (5).

El CIE-10 clasifica los “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” (4) y el DSM-V clasifica los “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” (5).

El CIE-10 establece que la dependencia se trata de un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia, entre los cuales se encuentran: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia (4).

El DSM-V describe la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo en un periodo de 12 meses, expresado por: la sustancia se toma en más cantidad o durante más tiempo del que se pretendía, existe el deseo de controlar o interrumpir su consumo, se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con ella y hay una reducción importante de actividades sociales o laborales debido a su consumo, se continúa tomando aun sabiendo los problemas que ocasiona, hay un aumento de tolerancia a la droga y/o un estado de abstinencia (5).

La drogodependencia es el factor desestabilizador más importante entre las personas, por la gravedad de las complicaciones físicas, psicológicas y sociales asociadas (6):

Entre los problemas físicos, además del riesgo de sobredosis, las patologías que se derivan del consumo de drogas por la vía parenteral pueden ser muy graves, como infecciones por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) o VHC (Virus de la Hepatitis C). En cuanto a los problemas psicológicos, aparte de los efectos tóxicos de cada sustancia y del desajuste personal que provoca la adicción, es frecuente el desarrollo de trastornos psíquicos inducidos por el consumo o la agravación de trastornos que ya existían. Por último, entre los problemas sociales, son frecuentes los problemas escolares, laborales y familiares, la marginalidad, la prostitución, el tráfico de drogas y los problemas jurídico-legales (6).

Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) realizada a la población de 15 a 64 años en 2017, en lo que respecta al consumo de drogas legales ¹, el 91,2% manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y el 62,7% lo han consumido en los últimos 30 días, convirtiéndose en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. Por detrás del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida, ya que el 69,7% declara haber fumado tabaco alguna vez en su vida y el 38,8% en los últimos 30 días. En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta médica, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida es del 20,8% y del 7,5% en los últimos 30 días (7).

En cuanto al consumo de drogas ilegales ², el cannabis es la que está más extendida en España, habiéndolo consumido un 35,2% de la población alguna vez en su vida y el 9,1% en los últimos 30 días. La cocaína en polvo es la siguiente droga ilegal más consumida y el 10% de la población reconoce haberla consumido alguna vez en su vida. Las prevalencias de consumo alguna vez en la vida de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se encuentran por debajo del 5% y el consumo de heroína, inhalables volátiles y cocaína base es residual entre la población (7).

¹ En España el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes sin receta se consideran drogas legales.

² En España el cannabis, los opioides, la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas y los inhalables volátiles se consideran drogas ilegales.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8	4,5
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6	4,0
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1	10,3
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1,0	0,8	1,3
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,9	2,0	2,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	0,6	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,5
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6

Ilustración 1. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15 a 64 años (%). España, 1995-2017 (3).

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3	38,5	38,8
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1	62,7
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1	7,5
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,9	0,7
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3	9,1
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Cocaína polvo y/o base	-	-	-	-	-	-	1,3	1,1	1,0	0,9	1,1
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9	1,1
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0

Ilustración 2. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15 a 64 años (%). España, 1995-2017 (3).

Estos datos ponen de manifiesto que el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, está muy presente en la sociedad española, y se ha convertido en un serio problema de salud pública (7).

3.2. ÁMBITO PENITENCIARIO

Los centros penitenciarios son una entidad donde cumplen condena las personas penadas. Hay establecimientos preventivos, cuyo fin es la retención y custodia; establecimientos de cumplimiento de penas, cuyo objetivo es la ejecución de las penas privativas de libertad; y establecimientos especiales, como centros hospitalarios, psiquiátricos o de rehabilitación social, en los que prevalece el carácter asistencial (8).

Inmersas en esta realidad, se encuentran unas subpoblaciones especialmente vulnerables (6):

Personas con infancia y posterior desarrollo psicosocial adverso, que en sus primeros años han participado en programas institucionales y de corrección sin alcanzar una recuperación, en los que concurre un alto factor de riesgo para delinquir. Otras personas que han cometido delitos ligados al tráfico y consumo de drogas en poblaciones socialmente aisladas (6).

Por otro lado, la media de edad de los reclusos ha experimentado un aumento progresivo con el paso de los años y consecuentemente ha habido un aumento de las patologías crónicas, siendo la dislipemia y la hipertensión arterial las más prevalentes (9). También hay enfermos con padecimientos psicológicos que presentan problemas familiares y con riesgo de violencia en el seno familiar, enfermos psicóticos crónicos sin conciencia de enfermedad que van perdiendo de forma progresiva apoyo familiar y enfermos con patología dual (6).

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias muestra que en diciembre de 2019 la población reclusa nacional estuvo constituida por 58.517 personas, de las cuales el 92,53% (54.144) fueron hombres y el 7,47% (4.373) mujeres (10).

Si se realiza un repaso histórico del número de mujeres que han ido constituyendo la población penitenciaria femenina, se observa que desde 1985 ha ido aumentando (11). Sin embargo, el aumento no ha sido solo cuantitativamente, sino que cada vez es más importante el número de mujeres que cumplen condenas largas, debido a la creciente evolución de la participación en la comisión de delitos graves contra la salud pública, concretamente relacionados con el tráfico de drogas (11).

Según el Informe General de 2018, la estancia en prisión se debe principalmente a delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (36,3%) y delitos contra la salud pública (19%). A más distancia, están los delitos relacionados con violencia de género (10,1%), homicidio y sus formas (7,3%) y contra la libertad sexual (6,9%) (12).

La cárcel es un fiel reflejo de la sociedad, donde los problemas se multiplican y magnifican (11). Por lo tanto, el consumo de drogas también constituye uno de los principales problemas de salud en los centros penitenciarios, tanto por el número de personas afectadas, como por la gravedad de las complicaciones asociadas (6).

3.3. DROGODEPENDENCIA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

3.3.1. Prevalencia del consumo de drogas en el ámbito penitenciario

Según la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) de 2016 realizada en España, al ingresar en prisión disminuye el porcentaje de consumidores y la frecuencia de consumo de todas las drogas, por la dificultad que supone su entrada en prisión y por la acción de los programas de drogodependencias llevados a cabo. Este descenso es más llamativo en el consumo de bebidas alcohólicas (64,9% de la población general frente a 2,2% de la población penitenciaria), cocaína (24,8% frente a 1,4%) y cannabis (37,8% frente a ,4%). Sin embargo, el 75,3% de los internos han consumido alguna droga legal y el 20,6% alguna droga ilegal estando en prisión en los últimos 30 días (13) ³.

Se puede afirmar, por lo tanto, que como la prevalencia del consumo de drogas en la población encarcelada es superior al 50%, los drogodependientes están sobrerrepresentados en las prisiones si se compara con la población en general (11).

Esto se debe a que la droga y la prisión dibujan múltiples y posibles resultados: el traficante que ingresa en prisión que puede ser o no adicto, el delincuente que no es drogadicto pero que en prisión acaba siéndolo, hasta el drogodependiente que delinque y acaba institucionalizado en prisión (6). Además, el tráfico de drogas dentro de las prisiones está a la orden del día, pues consumo y tráfico van de la mano (11).

La vida en prisión se caracteriza por el control, la disciplina, el aislamiento social y emocional, la frustración y una organización en la que prima la seguridad sobre el tratamiento sanitario. Ante estas circunstancias no es difícil llegar a comprender, aunque no se justifique, que debuten, se reinicien o incrementen los consumos de tranquilizantes y otras sustancias psicoactivas con el objetivo de “*no pensar*” y que “*el tiempo pase lo más rápido posible*” (11).

La ESDIP de 2016 aporta los siguientes datos sobre el consumo de drogas en prisión (13):

El 74,9% de los internos ha fumado tabaco en prisión en los últimos 30 días y el 70,4% lo hace de manera diaria, cerca del doble que la población general.

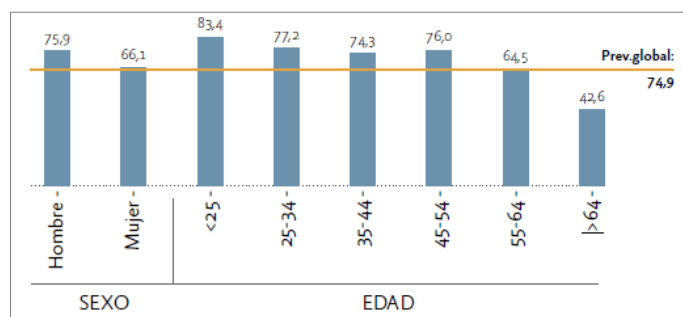


Ilustración 3. Prevalencia de consumo de tabaco en prisión (últimos 30 días). España, 2016 (7).

³ El consumo de alcohol en prisión está prohibido, por lo que, en este ámbito, se trata de una droga ilegal más. Esto explica el descenso tan marcado de su consumo al ingresar en prisión.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población penitenciaria estando en libertad, pero el descenso de consumo es muy importante al ingresar en prisión. Un 2,2% lo ha consumido en el centro penitenciario en los últimos 30 días.

El 6,2% de los internos ha consumido tranquilizantes sin receta en prisión en los últimos 30 días y el 10,7% de los consumidores reconoce que el consumo comenzó dentro de prisión.

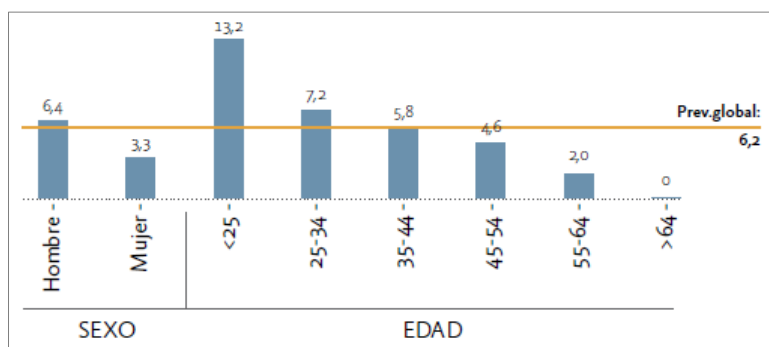


Ilustración 4. Prevalencia de consumo de tranquilizantes sin receta en prisión (últimos 30 días). España, 2016 (13).

El cannabis es la droga ilegal más consumida por la población penitenciaria tanto dentro como fuera de prisión y lo han consumido el 19,4% en los últimos 30 días.

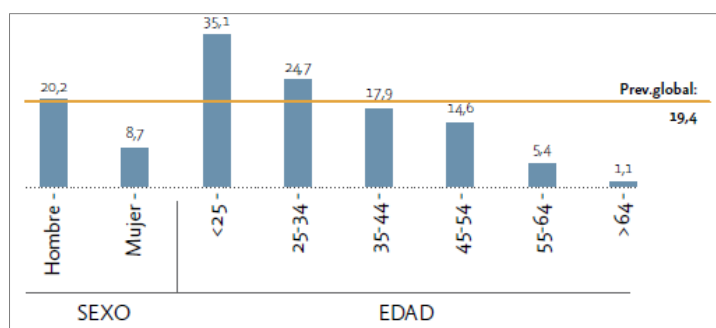


Ilustración 5. Prevalencia de consumo de cannabis en prisión (últimos 30 días). España, 2016 (13).

El 1,4% de los internos han consumido cocaína en prisión en los últimos 30 días. El 68,7% de los usuarios utilizan la vía esnifada, el 14,5% la inyectada y el 13,3% la fumada.

El 2,8% de los internos han consumido heroína en prisión en los últimos 30 días. El 73,8% de los usuarios utilizan la vía fumada, el 14,2% la esnifada y el 11,5% la vía inyectada.

El consumo de anfetaminas, éxtasis, alucinógenos e inhalables en prisión se encuentra por debajo del 0,5% en los últimos 30 días.

Por lo tanto, las sustancias más consumidas en prisión son el tabaco (74,9%), seguido del cannabis (19,4%) y de los tranquilizantes sin receta (6,2%). El porcentaje de consumidores del resto de las sustancias se sitúa en valores inferiores al 3%.

Sin embargo, de 2011 a 2016 se observa una tendencia descendente en el consumo en prisión de bebidas alcohólicas, cannabis y tabaco. Por otro lado, aumenta el consumo de tranquilizantes sin receta y se observa cierto incremento del consumo de heroína y de cocaína. El resto de sustancias mantienen las prevalencias inferiores al 1% (13).

Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días). España	2006	2011	2016	Tendencia 2011-2016
Tabaco	74,0	75,1	74,9	▼
Cannabis	27,7	21,3	19,4	▼
Alcohol	3,7	3,8	2,2	▼
Alucinógenos	0,1	0,2	0,1	▼
Inhalables	0,2	0,2	0,1	▼
Heroína + cocaína mezclada	1,6	0,8	0,8	=
Tranquilizantes sin receta	9,1	4,1	6,2	▲
Heroína sola	4,8	2,4	2,8	▲
Cocaína base	2,5	1,0	1,4	▲
Cocaína polvo	2,9	1,3	1,4	▲
Metadona (no recetada)	1,1	0,5	0,7	▲
Anfetaminas	0,3	0,2	0,4	▲
Éxtasis	0,3	0,2	0,3	▲

Ilustración 6. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días). España, 2016 (13).

Las personas en prisión que padecen trastornos por abuso de sustancias psicoactivas se caracterizan por su politoxicomanía. Tienen una sustancia preferente y paralelamente consumen otras drogas, aunque con menos frecuencia (11).

Las sobredosis no mortales por drogas en la población penitenciaria son más frecuentes estando en libertad que dentro de prisión. Sin embargo, el 5,2% ha tenido una sobredosis no mortal alguna vez en su vida, el 1,5% en los últimos 3 años y el 27,1% tuvo la última sobredosis, estando en prisión (13).

Las sustancias psicoactivas a las que los internos atribuyen las sobredosis no mortales son en un 50,2% a los tranquilizantes, en un 18,4% a la metadona y en un 14,4% a la heroína (13).

Según el Informe General de 2018, durante 2018 en España, se notificaron 210 fallecimientos ocurridos en los centros penitenciarios o en los hospitales de referencia y otros 20 fallecimientos ocurridos en situación de permiso u otras situaciones asimilables (12).

Las causas naturales (cardiopatía isquémica y tumores) fueron la primera causa de fallecimiento, seguidas por la reacción adversa a sustancias psicoactivas y por el suicidio (12).

De las 154 muertes ocurridas en centros penitenciarios durante 2018 en España, 60 muertes fueron consecuencia de una sobredosis, es decir, casi un 40% (12).

Causa fundamental	Centro Penit.	Hospital	Permiso y Asimilados	Medios Telemát.	Otras Situaciones
Causa natural no VIH	60	46	4	3	1
Infección VIH / Sida	1	3			
Drogas	60	1	8		
Suicidio	30	3			
Muertes accidentales	2	3	1		
Muertes por agresión	1		1		
Pendientes			1		1
TOTAL	154	56	15	3	2

Ilustración 7. Fallecidos en Instituciones Penitenciarias en el año 2018 en España clasificados por causa y lugar de fallecimiento (12).

3.3.2. Características socio-sanitarias de los drogodependientes en el ámbito penitenciario

En cuanto a las **características sociales**, gran parte de la población penitenciaria presenta un perfil clásico de marginalidad, con un nivel sociocultural más bajo y mayores carencias económicas que la población general. En concreto, los drogodependientes que cumplen condena en prisión pertenecen mayoritariamente a colectivos socialmente aislados y sin acceso real a los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias (11).

En muchas ocasiones el encarcelamiento está relacionado con el consumo de drogas. Hay personas que han cometido delitos ligados al tráfico y al consumo de drogas, delitos contra la salud pública o robos para conseguir algún estupefaciente y así mitigar el síndrome de abstinencia. También hay enfermos de alcoholismo crónico que cometen reiteradamente delitos contra la seguridad del tráfico (6).

Por otro lado, encontramos enfermos con patología dual, que además del consumo de drogas, tienen una enfermedad mental crónica. En muchos casos el Centro Penitenciario es para estas personas un Centro de Salud Mental (6).

El consumo de drogas en prisión está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. El 75,6% de los hombres consumen tabaco frente al 66,3% de las mujeres, el 20,2% de los hombres consumen cannabis frente al 8,7% de las mujeres y el 6,4% de los hombres consumen tranquilizantes frente al 3,3% de las mujeres (13).

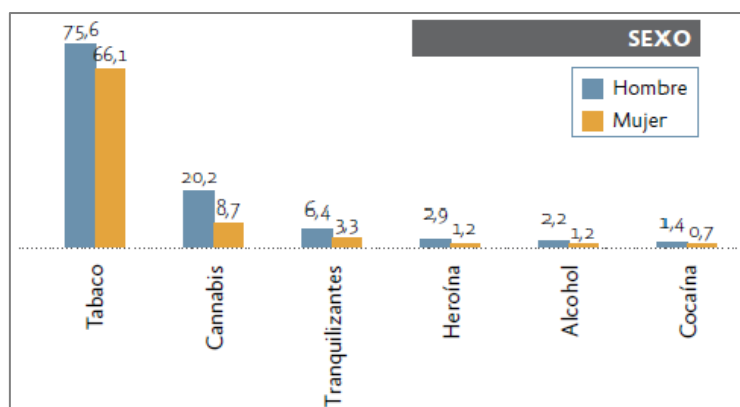


Ilustración 8. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según sexo. España, 2016 (13).

El rango de edad en el que la población penitenciaria consume más drogas se encuentra entre los 25 y los 50 años. El consumo se ve más extendido entre los jóvenes y disminuye a medida que aumenta la edad (13).

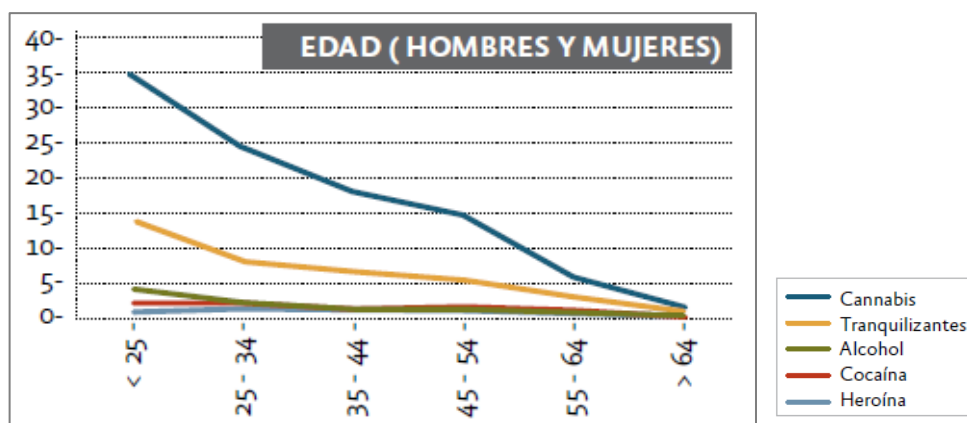


Ilustración 9. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según edad. España, 2016 (13).

Se observa mayor porcentaje de consumidores entre la población penitenciaria española que entre la extranjera. El 80,6% de la población penitenciaria española consume tabaco frente al 66% de la población penitenciaria extranjera, el 21,4% de la española consume cannabis frente al 15,2% de la extranjera y el 7,4% de la española consume tranquilizantes frente al 3,7% de la extranjera (13).

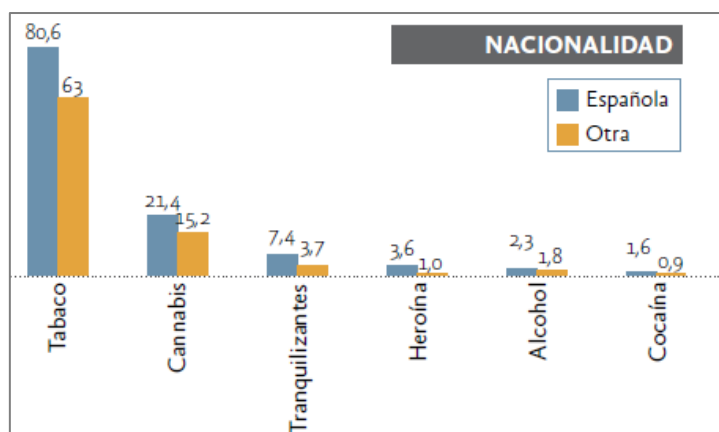


Ilustración 10. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según nacionalidad. España, 2016 (13).

En cuanto a la situación procesal, se encuentra mayor porcentaje de consumidores entre la población penitenciaria penada que entre la preventiva. El 78,7% de la población penitenciaria penada consume tabaco frente al 76,2% de la población penitenciaria preventiva, el 20,1% de la penada consume cannabis frente al 15,1% de la preventiva y el 6,5% de la penada consume tranquilizantes frente al 4,6% de la preventiva (13).

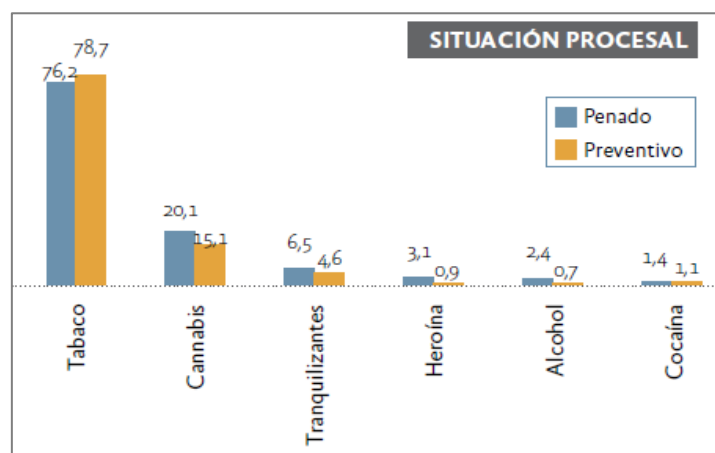


Ilustración 11. Porcentaje de consumidores de drogas en prisión (últimos 30 días) según situación procesal. España, 2016 (13).

El 71,5% de los internos reconoce no haber recibido tratamiento en libertad para controlar/dejar de consumir drogas y el 24,6% de los internos ha estado alguna vez en tratamiento para controlar/dejar de consumir drogas dentro de prisión. Actualmente están en tratamiento en prisión el 13,2% de todos los internos y el 53,2% de los internos que han consumido alguna droga (13).

Respecto a las **características sanitarias**, los usuarios de recursos sanitarios en el interior de las prisiones se caracterizan por tener un elevado número de casos de enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis B y C e infección por VIH), toxicomanías y trastornos psiquiátricos (6).

Cabe destacar, que el 80% de los internos tiene o ha tenido problemas de drogodependencias y el 25% de los internos padece problemas mentales relacionados con ellos. Además, en un gran número de casos, las enfermedades infecciosas también están relacionadas con prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas (6).

El 30% de los internos declaran que les ha sido diagnosticado, alguna vez en su vida, un trastorno mental. La prevalencia es mayor entre las mujeres (42,5%) que entre los hombres (28,9%) y destaca el periodo de la tercera a la quinta década de la vida. Sin embargo, conviene señalar que, aunque son las mujeres de 35 a 45 años el grupo de riesgo más vulnerable para sufrir una enfermedad mental, hay que prestar especial atención a los hombres de 25 a 44 años, por el importante peso de estos en prisión (13).

El 27,9% de los internos refiere que está en tratamiento con medicación psiquiátrica y el 10,6% ha consumido alguna droga ilegal en prisión en los últimos 30 días a la vez que tomaba esta medicación (13).

El 6% de los internos que se han realizado la prueba diagnóstica y conocen el resultado, son VIH positivos, cifra que se sitúa en el 15,7% para la hepatitis C y en el 2,1% para la hepatitis B. La prevalencia de infección es claramente superior en el caso de los usuarios de drogas por vía inyectada (13).

3.4. ATENCIÓN SANITARIA EN PRISIÓN

3.4.1. Repaso histórico de la atención sanitaria en prisión

Los primeros antecedentes históricos de la Enfermería Penitenciaria española tienen lugar en los siglos XVI y XVII, cuando el religioso Bernardino de Obregón fundó la “Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres”, que se dedicó al cuidado de los enfermos pobres y de los reclusos (14).

En 1834 se publicó la “Ordenanza General de los Presidios del Reino” y en 1884 el “Reglamento”, documentos donde se incluía la obligación de crear una Unidad de Enfermería en las prisiones, para evitar su traslado a hospitales. Es entonces cuando surge por primera vez en España el concepto de Sanidad Penitenciaria (14).

En el año 1979 se normalizó la asistencia médica en el contexto carcelario como una responsabilidad de la Administración Penitenciaria. Los servicios de salud se desarrollaron progresivamente a lo largo de la década de los 80, debido a las altas prevalencias del consumo de drogas inyectadas y de las infecciones concomitantes a dicho consumo, como el VIH y la tuberculosis (15).

Actualmente, la Institución Penitenciaria tiene asignada entre sus competencias velar por la vida, la integridad y la salud de los internos. Debe garantizar sus derechos como usuarios de los servicios de salud, la accesibilidad a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso a los cuidados (11).

El papel de la Enfermería Penitenciaria ha ido cambiando a lo largo de las últimas décadas, desde una Enfermería basada en el apoyo al enfermo, hasta llegar a ser una Enfermería que realiza una atención integral del paciente (6).

3.4.2. Marco jurídico-legal de la atención sanitaria en prisión

Las normas que regulan la asistencia sanitaria en el sistema penitenciario español son la Constitución Española de 1978 (16), la Ley 14/1986 del 25/4 General de Sanidad (17). y la Ley Orgánica 1/1979 del 26/9 General Penitenciaria (8). La asistencia sanitaria prestada por el personal de Enfermería se regula en el Real Decreto 1201/1981 del 8/5 (18).

La Constitución Española de 1978, establece que la dignidad de la persona y sus derechos son inviolables. El Capítulo Tercero, Artículo 43 dice que “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”. El Capítulo Segundo, Artículo 25.2 dice que “El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales del ser humano, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes a la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad” (16).

La Ley 14/1986 del 25/4 General de Sanidad garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, con las limitaciones, en lo que concierne al ejercicio y no a su contenido, derivados de esta situación (17).

La Ley Orgánica 1/1979 del 26/9 General Penitenciaria dispone que se adoptarán las medidas necesarias para que los internos conserven sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social y constituye el marco legal para desarrollar las estrategias y programas de intervención para los internos drogodependientes (8).

El Capítulo III, Artículo 36 dice que (8):

“Uno. En cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos, el cual podrá solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un Ayudante Técnico Sanitario y se dispondrá de los servicios de un Médico Odontólogo y del personal auxiliar adecuado.

Dos. Además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario, y en caso de necesidad o urgencia, en otros centros hospitalarios.

Tres. Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las instituciones penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho” (8).

El Capítulo III, Artículo 37 dice que (8):

“Para la prestación de la asistencia sanitaria todos los establecimientos estarán dotados:

- a) De una Enfermería, que contará con un número suficiente de camas, y estará provista de material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos para curas de urgencias e intervenciones dentales.
- b) De una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos.
- c) De una unidad para enfermos contagiosos” (8).

Las funciones del “Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias” se recogen en el Capítulo II, sección decimoctava, artículo 324 de Real Decreto 1201/1981 del 8 de mayo, y son (18):

- a. “Acompañar al Médico en la visita de Enfermería, en la consulta y en el reconocimiento de los ingresos, tomando nota de sus indicaciones para administrar personalmente los inyectables y demás tratamientos que aquel prescriba.
- b. Realizar las curas que con arreglo a su titulación deba realizar.
- c. Controlar los medicamentos y material e instrumental clínico-sanitario, cuidando de que no se utilicen otros que los prescritos por el médico.
- d. Dirigir personalmente las operaciones de desinsectación y desinfección, ateniéndose a las indicaciones que reciba del médico.
- e. Llevar personalmente la documentación administrativa de la Enfermería y concretamente el archivo de historias clínicas, ficheros y demás que el servicio requiera.
- f. Acudir inmediatamente cuando sean requeridos por el director o quien haga sus veces para el ejercicio de sus funciones” (18).

3.4.3. Atención sanitaria al toxicómano en prisión

Tal y como se dispone en el apartado anterior de la presente revisión, la Ley Orgánica 1/1979 de 26/9 General Penitenciaria, en el Artículo 37. b, dice que: “Todos los establecimientos penitenciarios estarán dotados de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos” (8).

El Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD) es el órgano colegiado encargado de las intervenciones en materia de drogodependencias dentro del ámbito penitenciario. Está formado por tres tipos de equipos (19):

- El Equipo Sanitario, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias. Se encargan de la prevención de la enfermedad, de la promoción de la salud, del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y del desarrollo de los programas específicos de drogodependencias (19).
- El Equipo Técnico-GAD, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinares. Está compuesto por profesionales penitenciarios y extrapenitenciarios de la sanidad, la psicología, el trabajo social y la educación (19).

- La Comisión GAD, con funciones fundamentalmente de coordinación. Está compuesta por el Director, el Subdirector Médico, el Subdirector de Tratamiento y los Coordinadores de los Equipos Técnicos-GAD y establece las relaciones institucionales y con ONGs (19).

Los objetivos de la intervención sanitaria en materia de drogas, en orden a las prioridades, consisten en (10):

- Evitar que la población abstinente se inicie en el consumo de drogas.
- Minimizar las conductas de riesgo en aquellos que ya se han iniciado.
- Reducir los daños asociados al consumo en aquellos con adicción.
- Posibilitar a los drogodependientes que continúen el proceso rehabilitador que iniciaron en la calle y estimular a la rehabilitación a aquellos que no tuvieron posibilidades.
- Conseguir periodos de abstinencia, que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social.
- Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades y recursos necesarios para que puedan afrontar con éxito el tratamiento en libertad y la integración en la sociedad.

Las intervenciones sanitarias que van dirigidas a la población penitenciaria drogodependiente se estructuran en tres áreas (6):

- **Prevención:** son actividades prioritarias y que se adecuan a las necesidades poblacionales. Destacan los Programas de Prevención y de Educación para la Salud (6).
- **Reducción de riesgos y daños:** son actividades que pretenden reducir los efectos negativos asociados al consumo de droga, sin la necesidad obligatoria de reducir o erradicar el consumo (19). Destacan los Programas de Reducción de Riesgos y Daños, que constan del Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y del Programa de Distribución de Papel de Aluminio; de la Terapia de Sustitución con Opiáceos (TSO), constituida por el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y del Programa de Mantenimiento con Buprenorfina (PMB) (6); y del Programa de Actuación en Sobredosis (20).
- **Abstinencia:** son actividades dirigidas a conseguir y mantener la abstinencia en el consumo de drogas. Destacan los Programas Libres de Droga (PLD), que constan del Programa de Desintoxicación, del Programa de Deshabitación y del Programa de Inserción Social (19).

1. Programas de Prevención y Educación para la Salud

Los objetivos principales de los Programas de Prevención y Educación para la Salud son reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas (21).

Las intervenciones de prevención se clasifican en tres niveles en función de la población a la que van dirigidas: intervenciones universales, para toda la población; selectivas, dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad; e indicadas, orientadas a individuos con perfiles de mayor riesgo (21).

La Mediación en Salud es una estrategia preventiva en materia de drogodependencias y otras cuestiones de salud pública, especialmente en relación con el VIH y el VHC. Tiene como principio la educación entre iguales y consiste en la formación de un grupo de internos, quienes actuarán después como agentes de salud para el resto de sus compañeros (19).

2. Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)

Alrededor del 30% de los consumidores de drogas inyectadas que ingresan en prisión, están infectados por el VIH y el 75% lo están por el VHC. Por lo tanto, el riesgo de adquirir y transmitir estas enfermedades en prisión es muy alto si se consumen drogas con jeringuillas usadas (12).

El objetivo del PIJ es preservar la salud y la vida de los consumidores de drogas por inyección, al hacer posible que puedan utilizar un equipo de inyección estéril, evitando la adquisición y transmisión de enfermedades (12).

Sin embargo, el PIJ no elimina uno de los principales riesgos que la vía parenteral tiene amplificado frente a otros tipos de consumo, la sobredosis. Por ello se ha creado el Programa de Distribución de Papel de Aluminio, que favorece e impulsa el cambio de la vía parenteral por la vía fumada, con menores consecuencias negativas para la salud individual y colectiva (6).

3. Terapia de Sustitución con Opiáceos (TSO)

La TSO se basa en la sustitución del opiáceo objeto de dependencia por otro de curso legal prescrito bajo control médico (19). Se trata de un opiáceo sintético de semivida larga, como la metadona o la buprenorfina (11).

Son programas que consiguen la disminución o el abandono del uso de opiáceos, disminuyen la morbilidad y mejoran la calidad de vida de los toxicómanos (6).

- Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)

La metadona es un agonista total de los receptores opiáceos. Se caracteriza por tener actividad analgésica y sedativa y presentar síntomas digestivos (estreñimiento, náuseas

y vómitos) similares a la morfina, provocar menos euforia que la heroína y tener un efecto depresor respiratorio similar a todos los opiáceos (6).

Tiene cuatro características que le confieren gran interés terapéutico: presenta un menor grado de adicción y, por lo tanto, una abstinencia menos aguda que otros opiáceos; tiene una buena absorción oral, eliminándose así el peligro inherente a la inyección; puede detectarse en plasma 30 minutos después de su ingestión oral, alcanzando en 4 horas la concentración máxima; y tiene una vida media plasmática larga, de entre 15-45 horas, por lo que con una única dosis diaria se mantienen los niveles de confort (6).

La presentación puede ser tanto en forma de comprimidos como líquida, siendo esta última la más extendida en prisión (6).

La dosis inicial de metadona debe determinarse por la anamnesis y el estado físico del paciente y tendrá como objetivo calmar el síndrome de abstinencia. Se necesitan entre 5-10 días para llegar a un estado de equilibrio y la dosis óptima es 80 +/- 20 mg/día. El mantenimiento con metadona debe proseguir todo el tiempo que se considere beneficioso para el paciente (6).

- Programa de Mantenimiento con Buprenorfina (PMB)

La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores opiáceos con acción mixta agonista-antagonista (6).

Tiene una afinidad mayor por el receptor que los agonistas totales, pero presenta una menor actividad, ya que produce menos liberación de dopamina. Por lo tanto, a diferencia de la heroína, morfina o metadona, los efectos agonistas dependientes de la dosis de buprenorfina tienen un tope y no continúan aumentando linealmente, aunque se incremente la dosis. Una consecuencia de este efecto es que una sobredosis de buprenorfina es menos posible que produzca una depresión respiratoria mortal que una sobredosis con un agonista total (heroína, morfina o metadona) (6).

La buprenorfina en presencia de otro agonista total, se comporta como antagonista, por la gran afinidad con el receptor opiáceo, provocando un síndrome de abstinencia (6).

La buprenorfina (agonista opiáceo) junto la naloxona (antagonista opiáceo) forman un compuesto que se comercializa como Suboxone ®. La naloxona sólo se activa inactivando la buprenorfina en caso de vía de administración inadecuada, por ejemplo, por vía parenteral y en caso de consumo de heroína (6).

Existen dos presentaciones comerciales de buprenorfina, los parches transdérmicos y los comprimidos sublinguales (6).

Son suficientes de 4 a 8 mg para evitar el síndrome de abstinencia y en tres días se consigue la dosis de mantenimiento, de 12-16 mg/día. La primera dosis no debe administrarse hasta que el paciente presente algunos síntomas de abstinencia (después de 6-8 horas después del consumo de heroína y después de 24-48 horas del consumo de metadona) (6).

4. Programa de Actuación en Sobredosis

Durante la estancia en prisión la mayor parte de los consumidores reducen significativamente el consumo de drogas o dejan de consumirlas. No obstante, se siguen produciendo episodios de sobredosis, siendo esta reacción aguda a sustancias psicoactivas una causa directa del fallecimiento (12).

El objetivo de estos programas se dirige a evitar los episodios de sobredosis y los fallecimientos como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas. Entre las estrategias se encuentran la prevención y la actuación inmediata ante una sobredosis (20).

5. Programas Libres de Droga (PLD)

Los llamados PLD tienen por objetivo conseguir la abstinencia en el consumo de drogas y están orientados a aquellos internos que presentan buenas perspectivas de cambio y recursos personales suficientes para afrontar el objetivo (19).

- Programa de Desintoxicación

Consiste en interrumpir de manera brusca el consumo activo de una droga, para intervenir sobre los síntomas físicos y psíquicos del síndrome de abstinencia (12).

- Programa de Deshabitación

Se trata de un proceso psicológico cuyo objetivo es que el periodo de abstinencia configure una reordenación de la dinámica personal (12).

- Programa de Inserción Social

En esta fase ha de estar consolidada la abstinencia (19) e implica tanto a la vida del drogodependiente que va a salir del centro penitenciario como al conjunto de personas que conforman el grupo social al que se va a reincorporar (12).

Para cualquier tratamiento que se lleve a cabo en prisión, es preciso contar con el Consentimiento Informado del interno. Este será por escrito y aportará información acerca de la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias del este (6).

3.5. JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas se ha convertido en un serio problema de salud pública, tanto por la elevada prevalencia de consumo, como por las complicaciones asociadas. Como reflejo de la sociedad, los trastornos por abusos de sustancias psicoactivas también constituyen uno de los principales problemas en el ámbito penitenciario.

Hay razones suficientes para ofrecer asistencia sanitaria a los drogodependientes en la cárcel, aún a sabiendas que es más efectivo el tratamiento fuera de la misma:

- Razones cuantitativas: unas 60.000 personas están presas en las cárceles españolas, de las cuales más del 50% consumen drogas y casi un 40% de las muertes anuales son consecuencia de una sobredosis.
- Razones de salud: la drogodependencia es un hábito que pone en riesgo la salud biopsicosocial de la persona.
- Razones morales: se trata de una población especialmente vulnerable, por sus propias características socio-sanitarias, por la visión estigmatizadora que tiene la sociedad de ella y porque en muchas ocasiones el encarcelamiento puede ser su primer contacto con el sistema sanitario.
- Razones legales: existen normativas como la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y la Ley Orgánica General Penitenciaria que garantizan que las personas condenadas puedan acceder al derecho humano de la atención sanitaria.

Además, se considera necesario rentabilizar terapéuticamente la permanencia en prisión de los internos que lo deseen. Por lo que el paso por la cárcel puede convertirse en una oportunidad para iniciarlos en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como introducirlos en programas para tratar su drogodependencia.

El personal de Enfermería va a actuar como miembro efectivo de los equipos de salud de las instituciones penitenciarias. Como gran parte de la población penitenciaria está constituida por drogodependientes, este será uno de sus principales ámbitos de actuación, formando parte de los programas de drogodependencias llevados a cabo en prisión.

Por todo lo descrito anteriormente, se considera necesaria la realización de un trabajo de revisión bibliográfica para conocer la evidencia científica disponible sobre la asistencia sanitaria prestada a las personas drogodependientes en prisión.

Con respecto a la profesión de Enfermería, se hace imprescindible conocer sus competencias en el cuidado de los presos drogodependientes, como miembro del equipo encargado de prestar esta asistencia sanitaria.

Todo esto justifica la realización de este **Trabajo Fin de Grado** titulado **“Drogodependencia en el Ámbito Penitenciario. Papel del personal de Enfermería”**.

3.6. OBJETIVOS

Los objetivos planteados en este Trabajo Fin de Grado se desarrollan a continuación:

- **Objetivo general:**

Establecer cuál es el abordaje que realiza el personal de Enfermería en el cuidado de los enfermos drogodependientes institucionalizados en centros penitenciarios.

- **Objetivos específicos:**

- Describir la práctica enfermera actual en el medio penitenciario en materia de drogodependencias.
- Identificar cuáles son los programas de atención de las drogodependencias desarrollados en el ámbito penitenciario y el papel del personal de Enfermería en los mismos.
- Conocer los Programas de Prevención y Educación para la Salud llevados a cabo en el ámbito penitenciario y el papel del personal de Enfermería en los mismos.
- Analizar los Programas de Reducción de Riesgos y Daños llevados a cabo en el ámbito penitenciario y el papel del personal de Enfermería en los mismos.
- Estudiar los Programas Libres de Droga llevados a cabo en el ámbito penitenciario y el papel del personal de Enfermería en los mismos.

4. METODOLOGÍA

El presente Trabajo Fin de Grado se trata de un trabajo de revisión bibliográfica,

**Trabajo de
Revisión e
Investigación
Bibliográfica**

que tiene como objetivo realizar una investigación documental, es decir, recopilar información ya existente en el estado del arte sobre un tema, haciendo crítica y síntesis de la misma.

En este caso el tema a estudiar es la atención sanitaria ofrecida por el personal de Enfermería a los consumidores de drogas en el ámbito penitenciario.

Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica cuya estrategia se expone a continuación.

4.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha buscado información en diversas bases de datos y recursos oficiales ofrecidos por las distintas sedes electrónicas y web públicas españolas:

- **Bases de Datos:** PubMed, Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet y Google Académico.
- **Recursos oficiales:** Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) y Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).

En la búsqueda bibliográfica se han combinado términos de lenguaje controlado y de lenguaje libre mediante operadores booleanos y se han aplicado una serie de criterios de selección.

4.1.1. Términos de lenguaje controlado, términos de lenguaje libre y operadores booleanos

Las búsquedas bibliográficas han utilizado diferentes términos de lenguaje controlado y términos de lenguaje libre.

El lenguaje controlado se ha basado en el uso de descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) buscados en el National Center for Biotechnology Information (NCBI) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), respectivamente.

A continuación, en la **Tabla 1** y en la **Tabla 2**, se expone el lenguaje controlado y libre utilizado:

LENGUAJE CONTROLADO	
MeSH	DeCS
Substance-Related Disorders	Trastornos relacionados con sustancias
Prisons	Prisiones
Nursing	Enfermería
Primary Prevention	Prevención Primaria
Needle-Exchange Programs	Programas de Intercambio de Aguja
Opiate Substitution Treatment	Tratamiento de Sustitución de Opiáceos
Buprenorphine, Naloxone Drug Combination	Combinación Buprenorfina y Naloxona
Drug Overdose	Sobredosis de Droga

Tabla 1. Términos MeSH y DeCS utilizados como lenguaje controlado (Fuente: elaboración propia).

LENGUAJE LIBRE	
En inglés	En español
Care	Cuidado
Drug Dependence	Drogodependencia
Prevention Programs or Drug Prevention Programs	Programas de Prevención o Programas de Prevención de drogas
Health Mediators	Mediadores de Salud
Foil Distribution Programs	Programas de Distribución de Papel de Aluminio
Methadone Maintenance Treatment	Programa de Mantenimiento con Metadona
Buprenorphine Maintenance Treatment	Programa de Mantenimiento con Buprenorfina
Drug-Free Programs	Programas Libres de Droga

Tabla 2. Términos utilizados en lenguaje libre (Fuente: elaboración propia).

Los términos de lenguaje controlado y libre utilizados fueron combinados de diferentes maneras por los **operadores booleanos “AND” y “OR”**.

4.1.2. Criterios de selección: inclusión y exclusión

Para la selección de los artículos se ha utilizado una serie de criterios de selección, tanto de inclusión como de exclusión. A continuación, en la **Tabla 3**, se exponen los criterios de selección utilizados:

CRITERIOS DE SELECCIÓN	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos que traten el tema de las drogodependencias en el ámbito penitenciario y su abordaje sanitario.	Artículos que no traten el tema de las drogodependencias en el ámbito penitenciario y su abordaje sanitario.
Artículos que traten del papel del personal de Enfermería en las drogodependencias en el ámbito penitenciario.	Artículos que traten del papel de otros profesionales sanitarios en las drogodependencias en el ámbito penitenciario.
Artículos que traten de la temática planteada contextualizada en España o Europa.	Artículos que traten de la temática planteada contextualizada fuera de España o Europa.
Artículos que traten la temática planteada en personas mayores de edad, es decir, con 18 años o más.	Artículos que traten la temática planteada en personas menores de edad, es decir, menores de 18 años.
Artículos en inglés o en español.	Artículos en idiomas diferentes al inglés o al español.
Artículos publicados en los últimos 10 años, desde el año 2010 hasta el año 2020, ambos incluidos.	Artículos publicados hace más de 10 años, antes del año 2010.
Artículos a texto completo y de acceso gratuito.	Artículos sin acceso a texto completo o de pago.

Tabla 3. Criterios de selección utilizados, de inclusión y exclusión. (Fuente: elaboración propia).

Para la selección de artículos, en primer lugar, se ha realizado una primera lectura del título y del resumen de cada uno. Posteriormente, para elegir aquellos artículos que se correspondiesen con los objetivos del estudio, se ha llevado a cabo una lectura completa de los mismos.

En las **Tablas 4-10** se expone la estrategia de búsqueda realizada en las bases de datos y recursos oficiales ofrecidos por las distintas sedes electrónicas y web públicas españolas, con los términos, operadores booleanos y criterios de selección descritos anteriormente. También se muestra el número de artículos seleccionados en cada una de las fases.

PubMed:

La primera búsqueda se realizó combinando los términos de lenguaje controlado MeSH “Substance-Related Disorders”, “Prisons” y “Nursing”. Posteriormente, se sustituyó el término MeSH “Nursing”, por el término de lenguaje libre “Care”.

El resto de búsquedas, se basaron en la utilización de un término de lenguaje controlado MeSH o de un término de lenguaje libre, que hiciera referencia a un programa de drogodependencia. Este término se combinó con los términos MeSH “Prisons”, “Substance-Related Disorders” y “Nursing”, y si la información con esta búsqueda no era muy abundante, se eliminaba el término “Prisons”. Además, si en el nombre del programa estaba implícito el abordaje de las drogodependencias, se eliminaba también el término “Substance-Related Disorders”.

Entre los programas de drogodependencia que tienen referencia en término MeSH, están “Primary Prevention”, “Needle-Exchange Programs”, “Opiate Substitution Treatment”, “Buprenorphine, Naloxone Drug Combination” y “Drug Overdose”; y entre los programas nombrados en lenguaje libre, están “Health Mediators”, “Foil Distribution Programs”, “Methadone Maintenance Treatment”, “Buprenorphine Maintenance Treatment” y “Drug-Free Programs”.

	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
PubMed	((“Prisons” [Mesh]) AND “Substance-Related Disorders” [Mesh]) AND “Nursing” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none">• <u>Text availability</u>: Free full text.• <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31.• <u>Languages</u>: English, Spanish.	2	0	0
	((“Prisons” [Mesh]) AND “Substance-Related Disorders” [Mesh]) AND “Care” [All Fields]		65	6	1

		<ul style="list-style-type: none"> <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 			
	((("Primary Prevention" [Mesh] OR "Health Mediators" [All Fields])) AND "Substance-Related Disorders" [Mesh]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	0	0	0
	((("Primary Prevention" [Mesh] OR "Health Mediators" [All Fields])) AND "Substance-Related Disorders" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	1	0	0
	((("Needle-Exchange Programs" [Mesh]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh])	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	3	2	0
	("Needle-Exchange Programs" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	3	2	0
	((("Foil Distribution Programs" [All Fields]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh])	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	1	1	1
	("Foil Distribution Programs" [All Fields]) AND "Nursing" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	1	1	1
	((("Opioid Substitution Treatment" [Mesh]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh])	<ul style="list-style-type: none"> <u>Text availability</u>: Free full text. <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. <u>Languages</u>: English, Spanish. <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	1	1	1

	("Opioid Substitution Treatment" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Publication dates:</u> 2010/01/01-2020/12/31. • <u>Languages:</u> English, Spanish. • <u>Ages:</u> 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	0	0	0
	((("Methadone Maintenance Treatment" [All Fields]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]		0	0	0
	("Methadone Maintenance Treatment" [All Fields]) AND "Nursing" [Mesh]		21	5	3
	((("Buprenorphine Maintenance Treatment" [All Fields] OR "Buprenorphine, Naloxone Drug Combination" [Mesh]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]		5	3	1
	("Buprenorphine Maintenance Treatment" [All Fields] OR "Buprenorphine, Naloxone Drug Combination" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]		13	2	1
	((("Drug Overdose" [Mesh]) AND "Prisons" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Text availability:</u> Free full text. • <u>Publication dates:</u> 2010/01/01-2020/12/31. • <u>Languages:</u> English, Spanish. 	0	0	0
	("Drug Overdose" [Mesh]) AND "Nursing" [Mesh]		18	0	0

		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 			
	((“Drug-Free Programs” [All Fields]) AND “Prisons” [Mesh]) AND “Nursing” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Text availability</u>: Free full text. • <u>Publication dates</u>: 2010/01/01-2020/12/31. 	0	0	0
	(Drug-Free Programs” [All Fields]) AND “Nursing” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Languages</u>: English, Spanish. • <u>Ages</u>: 19+, 19-24, 19-44, 45+, 45-64, 65+ years. 	0	0	0

Tabla 4. Búsqueda bibliográfica realizada en PubMed (Fuente: elaboración propia).

Cuiden:

La primera búsqueda se realizó combinado los términos de lenguaje controlado DeCS “Drogas”, “Prisiones” y “Enfermería”.

El resto de búsquedas, se basaron en la utilización de un término de lenguaje controlado DeCS o de un término de lenguaje libre que hiciera referencia a un programa de drogodependencia. Este término se combinó con los términos DeCS “Drogas” y “Enfermería”. Si en el nombre del programa estaba implícito el abordaje de las drogodependencias, se eliminaba el término “Drogas”.

Entre los programas que tenían referencia en término DeCS, están “Programas de Intercambio de Agujas”, “Tratamiento de Sustitución de Opiáceos”, “Combinación Buprenorfina y Naloxona” y “Sobredosis de Droga”; y entre los programas nombrados en lenguaje libre, están “Programas de Prevención”, “Programa de Mantenimiento con Metadona”, “Programa de Mantenimiento con Buprenorfina” y “Programas Libres de Droga”.

Cuiden	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
	(“drogas”) AND (“prisiones”) AND (“enfermería”)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Año de publicación:</u> De 2010 a 2020.	4	0	0
	(“programas de prevención”) AND (“drogas”) AND (“enfermería”)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Año de publicación:</u> De 2010 a 2020.	0	0	0
	(“programas de intercambio de agujas”) AND (“enfermería”)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Año de publicación:</u> De 2010 a 2020.	1	1	1

	("tratamiento de sustitución de opiáceos") AND ("enfermería")	<ul style="list-style-type: none"> <u>Año de publicación:</u> De 2010 a 2020. 	0	0	0
	("programa de mantenimiento con metadona") AND ("enfermería")		3	1	1
	("programas de mantenimiento con buprenorfina" OR "combinación naloxona y buprenorfina") AND ("enfermería")		0	0	0
	("sobredosis de droga") AND ("enfermería")	<ul style="list-style-type: none"> <u>Año de publicación:</u> De 2010 a 2020. 	0	0	0
	("programas libres de droga") AND ("enfermería")	<ul style="list-style-type: none"> <u>Año de publicación:</u> De 2010 a 2020. 	0	0	0

Tabla 5. Búsqueda bibliográfica realizada en Cuiden (Fuente: elaboración propia).

Biblioteca Cochrane Plus:

La primera búsqueda fue mixta y se realizó combinado los términos de lenguaje controlado DeCS “Drogas” y “Prisiones” con el término de lenguaje libre “Cuidado”.

El resto de búsquedas, se basaron en la utilización de un término de lenguaje controlado DeCS o de un término de lenguaje libre que hiciera referencia a un programa de drogodependencia. Este término se combinó con el término DeCS “Drogas” y el término de lenguaje libre “Cuidado”. Si en el nombre del programa estaba implícito el abordaje de las drogodependencias, se eliminaba el término “Drogas”.

Entre los programas que tenían referencia en término DeCS, están “Programas de Intercambio de Aguja”, “Tratamiento de Sustitución de Opiáceos”, “Combinación Buprenorfina y Naloxona” y “Sobredosis de Droga”; y entre los programas nombrados en lenguaje libre, están “Programas de prevención”, “Programa de Mantenimiento con Metadona”, “Programa de Mantenimiento con Buprenorfina” y “Programas Libres de Droga”.

Biblioteca Cochrane Plus	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
	“drogas” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “prisiones” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Fecha de publicación:</u> 01/01/2010 a 31/12/2020.	1	1	1

	“programas de prevención” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “drogas” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fecha de publicación:</u> 01/01/2010 a 31/12/2020. 	0	0	0
	“programas de intercambio de agujas” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fecha de publicación:</u> 01/01/2010 a 31/12/2020. 	0	0	0
	“tratamiento de sustitución de opiáceos” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fecha de publicación:</u> 01/01/2010 a 31/12/2020. 	2	1	0
	“programa de mantenimiento con metadona” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)		6	2	1
	“programa de mantenimiento con buprenorfina” (en Título, Resumen, Palabra clave) OR “combinación buprenorfina y naloxona” (en Título, Resumen, Palabra clave)) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)		5	3	1

	“sobredosis de droga” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fecha de publicación:</u> 01/01/2010 a 31/12/2020. 	7	0	0
	“programas libres de droga” (en Título, Resumen, Palabra clave) AND “cuidado” (en Título, Resumen, Palabra clave)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fecha de publicación:</u> 01/01/2010 a 31/12/2020. 	0	0	0

Tabla 6. Búsqueda bibliográfica realizada en Biblioteca Cochrane Plus (Fuente: elaboración propia).

Dialnet:

La primera búsqueda se realizó combinado los términos de lenguaje controlado DeCS “Drogas”, “Prisiones” y “Enfermería”.

El resto de búsquedas, se basaron en la utilización de un término de lenguaje controlado DeCS o de un término de lenguaje libre que hiciera referencia a un programa de drogodependencia. Este término se combinó con los términos DeCS “Drogas” y “Enfermería”. Si en el nombre del programa estaba implícito el abordaje de las drogodependencias, se eliminaba el término “Drogas”.

Entre los programas que tenían referencia en término DeCS, están “Programas de Intercambio de Agujas”, “Tratamiento de Sustitución de Opiáceos”, “Combinación Buprenorfina y Naloxona” y “Sobredosis de Droga”; y entre los programas nombrados en lenguaje libre, están “Programas de prevención”, “Programa de Mantenimiento con Metadona”, “Programa de Mantenimiento con Buprenorfina” y “Programas Libres de Droga”.

Dialnet	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTICULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
	“Drogas” AND “Prisiones” AND “Enfermería”	<ul style="list-style-type: none">• <u>Textos completos</u>: sí.• <u>Rango de años</u>: 2020-2019.• <u>Idiomas</u>: inglés, español.	0	0	0

	“Programas de prevención” AND “Drogas” AND “Enfermería”	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Textos completos</u>: sí. • <u>Rango de años</u>: 2020-2019. • <u>Idiomas</u>: inglés, español. 	20	0	0
	“Programas de Intercambio de Agujas” AND “Enfermería”	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Textos completos</u>: sí. • <u>Rango de años</u>: 2020-2019. • <u>Idiomas</u>: inglés, español. 	2	1	0
	“Tratamiento de Sustitución de Opiáceos” AND “Enfermería”	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Textos completos</u>: sí. • <u>Rango de años</u>: 2020-2019. • <u>Idiomas</u>: inglés, español. 	6	2	1
	“Programa de Mantenimiento con Metadona” AND “Enfermería”		27	4	1
	(“Programa de Mantenimiento con Buprenorfina” OR “Combinación Buprenorfina y Naloxona”) AND “Enfermería”		1	1	1

	“Sobredosis de Droga” AND “Enfermería”	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Textos completos</u>: sí. • <u>Rango de años</u>: 2020-2019. • <u>Idiomas</u>: inglés, español. 	2	0	0
	“Programas Libres de Droga” AND “Enfermería”	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Textos completos</u>: sí. • <u>Rango de años</u>: 2020-2019. • <u>Idiomas</u>: inglés, español. 	1	1	1

Tabla 7. Búsqueda bibliográfica realizada en Dialnet (Fuente: elaboración propia).

Google Académico:

La primera búsqueda fue mixta y se realizó combinado los términos de lenguaje controlado DeCS “Prisiones” y “Enfermería” con el término de lenguaje libre “Drogodependencia”.

El resto de búsquedas, se basaron en la utilización de un término de lenguaje controlado DeCS o de un término de lenguaje libre que hiciera referencia a un programa de drogodependencia. Este término se combinó con los términos DeCS “Prisiones” y “Enfermería”.

Entre los programas que tenían referencia en término DeCS, están “Programas de Intercambio de Agujas”, “Tratamiento de Sustitución de Opiáceos”, “Combinación Buprenorfina y Naloxona” y “Sobredosis de Droga”; y entre los programas nombrados en lenguaje libre, están “Programas de Prevención de Drogas”, “Programas de distribución de Papel de Aluminio”, “Programa de Mantenimiento con Metadona”, “Programa de Mantenimiento con Buprenorfina” y “Programas Libres de Droga”.

	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
Google Académico	Drogodependencia AND Prisiones AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Mostrar artículos fechados entre 2010-2020.• Cualquier idioma.• Ordenados por relevancia.	471	6	5

	Programas de Prevención de Drogas AND Prisiones AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar artículos fechados entre 2010-2020. • Cualquier idioma. • Ordenados por relevancia. 	620	8	8
	Programas de Intercambio de Agujas AND Prisiones AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar artículos fechados entre 2010-2020. • Cualquier idioma. 	719	10	2
	Programas de Distribución de Papel de Aluminio AND Prisiones AND Enfermería		173	0	0
	Tratamiento de Sustitución de Opiáceos AND Prisiones AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar artículos fechados entre 2010-2020. • Cualquier idioma. • Ordenados por relevancia. 	560	4	2
	Programa de Mantenimiento con Metadona AND Prisiones AND Enfermería		320	1	1

	(Programa de Mantenimiento con Buprenorfina OR Combinación Buprenorfina y Naloxona) AND Prisiones AND Enfermería		452	3	2
	Sobredosis de Droga AND Prisiones AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar artículos fechados entre 2010-2020. • Cualquier idioma. • Ordenados por relevancia. 	8	2	1
	Programas Libres de Droga AND Prisiones AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar artículos fechados entre 2010-2020. • Cualquier idioma. • Ordenados por relevancia. 	234	2	2

Tabla 8. Búsqueda bibliográfica realizada en Google Académico (Fuente: elaboración propia).

Recursos oficiales ofrecidos por las distintas sedes electrónicas y web públicas españolas:

La RESP y la SESP son recursos oficiales de índole penitenciaria, por lo que en ninguna búsqueda se hizo referencia al término de lenguaje controlado DeCS “Prisiones”.

La primera búsqueda fue mixta, tanto en la RESP como en la SESP, ya que se combinó el término de lenguaje libre “Drogodependencia” con el término de lenguaje controlado DeCS “Enfermería”.

El resto de búsquedas solo se realizaron en la RESP, y se basaron en la utilización de un término de lenguaje controlado DeCS o de un término de lenguaje libre que hiciera referencia a un programa de drogodependencia. Este término se combinó con los términos de lenguaje controlado DeCS “Drogas” y “Enfermería”. Si en el nombre del programa estaba implícito el abordaje de las drogodependencias, se eliminaba el término “Drogas”.

Entre los programas que tenían referencia en término DeCS, están “Programas de Intercambio de Agujas”, “Tratamiento de Sustitución de Opiáceos”, “Combinación Buprenorfina y Naloxona” y “Sobredosis de Droga”; y entre los programas nombrados en lenguaje libre, están “Programas de prevención”, “Mediadores de salud”, “Programas de distribución de Papel de Aluminio”, “Programa de Mantenimiento con Metadona”, “Programa de Mantenimiento con Buprenorfina” y “Programas Libres de Droga”.

RESP	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTICULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
	Drogodependencia AND Enfermería	<ul style="list-style-type: none"><u>Idioma:</u> español, inglés.	6	3	3
	Programas de prevención AND Drogas AND Enfermería		86	7	6

	Mediadores de salud AND Drogas AND Enfermería	• <u>Idioma:</u> español, inglés.	12	4	1
	Programas de Intercambio de Agujas AND Enfermería	• <u>Idioma:</u> español, inglés.	10	6	4
	Programas de Distribución de Papel de Aluminio AND Enfermería		0	0	0
	Tratamiento de Sustitución de Opiáceos AND Enfermería	• <u>Idioma:</u> español, inglés.	4	2	2
	Programa de Mantenimiento con Metadona AND Enfermería		38	4	2
	(Programa de Mantenimiento con Buprenorfina OR Combinación Buprenorfina y Naloxona) AND Enfermería		6	2	2
	Sobredosis de Droga AND Enfermería	• <u>Idioma:</u> español, inglés.	3	3	3
	Programas Libres de Droga AND Enfermería	• <u>Idioma:</u> español, inglés.	7	1	1

Tabla 9. Búsqueda bibliográfica realizada en la RESP (Fuente: elaboración propia).

SESP	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	LÍMITES	Nº DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO Y RESUMEN	Nº DE ARTICULOS SELECCIONADOS TRAS LA LECTURA COMPLETA
	Drogodependencia AND Enfermería	Sin límites	2	2	2

Tabla 10. Búsqueda bibliográfica realizada en la SESP (Fuente: elaboración propia).

5. RESULTADOS

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 86 artículos por título y resumen. Posteriormente, tras una lectura completa y exhaustiva de cada uno de ellos, se escogieron 45 artículos que concordaban con los objetivos de la presente revisión.

A continuación, en la **Tabla 11**, se recoge el número de artículos obtenidos en las diferentes fases de la selección. Se expone tanto el número total de artículos, como el número de artículos de cada base de datos o recurso oficial, sin incluir aquellos que estaban duplicados:

Base de datos / Recurso Oficial	Nº artículos totales encontrados	Nº artículos seleccionados por título y resumen	Nº artículos seleccionados tras lectura completa
PubMed	130	21	8
Cuiden	7	1	1
Biblioteca Cochrane Plus	16	4	2
Dialnet	58	8	3
Google Académico	3548	27	14
RESP	163	23	15
SESP	2	2	2
TOTAL	3924	86	45

Tabla 11. Número de artículos seleccionados sin incluir artículos duplicados (Fuente: elaboración propia).

Una vez leídos los **45 artículos**, se clasificaron en 2 categorías de análisis en relación a los objetivos específicos propuestos, **“Enfermería Penitenciaria actual, concretamente en drogodependencias”** y **“Programas de Drogodependencias y papel de Enfermería”**, tal y como se observa en la **Tabla 12**:

BASE DE DATOS / RECURSO OFICIAL	TÍTULO	AUTOR/ES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE TEXTO	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	
				Enfermería Penitenciaria actual, concretamente en drogodependencias	Programas de Drogodependencias y papel de Enfermería
PubMed	Health care help seeking behaviour among prisoners in Norway.	<ul style="list-style-type: none"> Nesset BM, Rustad AB, Kjelsberg E, Almvik R, Bjørngaard JH. Año 2011. 	Estudio observacional descriptivo transversal.	Identifica cuales son los problemas de salud más comunes entre la población penitenciaria y el uso que los presos hacen de la atención sanitaria penitenciaria.	
	The Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms: Part 2.	<ul style="list-style-type: none"> Strike C, Watson TM, Gohil H, Miskovic M, Robinson S, Arkell C, Challacombe L, Amlani A, Buxton J, Demel G, Gutierrez N, Heywood D, Hopkins S, Lampkin H, Leonard L, Lockie L, Millson P, 	Guía de Práctica Clínica.		Aporta recomendaciones para implantar el Programa de Distribución de Aluminio como estrategia de reducción de daños para hacer más seguro el consumo fumado de heroína y otras drogas.

		<p>Nielsen D, Petersen D, Young S, Zurba N.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Año 2015. 			
	<p>Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favrod-Coune T, Baroudi M, Casillas A, Rieder JP, Gétaz L, Barro J, Gaspoz JM, Broers B, Wolff H. • Año 2013. 	<p>Estudio observacional descriptivo transversal.</p>		<p>Analiza un programa de TSO llevado a cabo en el medio penitenciario y confirma que dicho tratamiento es factible y seguro.</p>
	<p>Medicine in the Penal System.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N. • Año 2018. 	<p>Revisión bibliográfica.</p>		<p>Establece la necesidad de tratar la dependencia de sustancias en personas privadas de libertad, durante su estancia en la cárcel y tras su liberación.</p>
	<p>Characteristics of Medicaid recipients in Methadone Maintenance Treatment: A comparison across the lifespan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotton BP, Bryson WC, Lohman MC, Brooks JM, Bruce ML. • Año 2018. 	<p>Estudio observacional analítico de cohorte prospectivo.</p>		<p>Describe las características de salud y psicosociales de los pacientes de un PMM, en relación a su edad y al tiempo que llevan en el programa.</p>

	Supporting clients on Methadone Maintenance Treatment: A systematic review of nurse's role.	<ul style="list-style-type: none"> Grinspun D. Año 2010. 	Revisión sistemática.		Determina el papel del personal de Enfermería en el PMM y la formación necesaria para poder desempeñar una buena atención.
	Buprenorphine Therapy for Opioid Use Disorder.	<ul style="list-style-type: none"> Zoorob R, Kowalchuk A, Grubb MM. Año 2018. 	Revisión sistemática.		Expone la farmacología, las formulaciones y la seguridad de la buprenorfina como tratamiento sustitutivo en la dependencia a opiáceos.
	Buprenorphine-Naloxone.	<ul style="list-style-type: none"> Tina H, Nijmeh L, Pyle A. Año 2018. 	Revisión bibliográfica.		Afirma que la combinación de buprenorfina y naloxona es el tratamiento de primera línea de la dependencia a opiáceos y establece como se debe iniciar y mantener.
Cuiden	Envejecer en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> Gutiérrez Cáceres S, Pedraz Marcos A, Serrano Gallardo P. Año 2019. 	Estudio observacional descriptivo transversal.		Describe el perfil sociodemográfico y clínico de los consumidores de drogas de edad avanzada de un PMM, así como sus necesidades y las demandas futuras de cuidado.

Biblioteca Cochrane Plus	Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems (Review).	<ul style="list-style-type: none"> • Perry AE, Martyn-St JM, Burns L, Hewitt C, Glanville JM, Aboaja A, Thakkar P, Santosh Kumar KM, Pearson C, Wright K, Swami S. • Año 2019. 	Revisión sistemática.	Plasma las terapias que reducen el consumo de drogas y/o la actividad criminal.	
	Buprenorphine Maintenance versus placebo or Methadone Maintenance for opioid Dependence (Review).	<ul style="list-style-type: none"> • Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. • Año 2014. 	Revisión sistemática.		Evalúa la efectividad del PMB en comparación con el placebo y con el PMM.
Dialnet	Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Bosque-Prous M, Brugal MT. • Año 2016. 	Revisión bibliográfica.		Estudia la situación actual de la TSO, describe sus beneficios y desarrolla una serie de directrices de mejora.
	Efectividad del cambio de tratamiento desde Metadona a	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes Soliz JA, Vargas Fuentes OM, Fuentes 	Estudio cuasi experimental longitudinal prospectivo.		Determina la efectividad del tratamiento con buprenorfina y naloxona como remplazo de la

	Buprenorfina/Naloxona en dependientes a opiáceos. Bilbao-España.	Rocha Y, Morales Almanza MA. • Año 2017.			metadona en pacientes dependientes de opiáceos.
	La inserción sociolaboral de un colectivo excluido: personas drogodependientes en prisión.	• Díez García R. • Año 2010.	Revisión bibliográfica.		Analizar los procesos de inserción sociolaboral de la población reclusa que recibe tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas.
Google Académico	Método científico y lenguaje enfermero estandarizado.	• Alcalde Parcés P, Vera Remartínez EJ. • Año 2014.	Editorial.	Expone la necesidad de aplicar el método científico en la práctica enfermera penitenciaria a través del Proceso de Atención de Enfermería y el Lenguaje Enfermero Estandarizado.	
	El papel de la Sanidad Penitenciaria en la prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales.	• Brugal MT. • Año 2012.	Editorial.	Propone incentivar la investigación para mejorar las políticas sanitarias y de integración llevadas a cabo en los centros penitenciarios.	Plantea la prevención, la reducción de daños y la integración en la comunidad, como medidas para la atención de las drogodependencias en el ámbito penitenciario.

	Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario.	<ul style="list-style-type: none"> • Martínez Delgado MM. • Año 2014. 	Estudio observacional descriptivo transversal.	Desarrolla un Plan de Cuidados Estandarizado para los pacientes ingresados en un centro penitenciario.	
	Prison nursing and its training.	<ul style="list-style-type: none"> • Sánchez Roig M, Coll Cámara A. • Año 2016. 	Revisión bibliográfica.	Defiende la creación de la especialidad de Enfermería Penitenciaria para trabajar en el contexto penitenciario.	
	En el laberinto de las drogas. Drogas y cárcel & Manuel.	<ul style="list-style-type: none"> • Borraz Fernández JR. • Año 2016. 	Estudio cualitativo.	Interpreta el relato biográfico que realiza un preso drogodependiente.	
	Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario.	<ul style="list-style-type: none"> • Bustamante Navarro R, Paredes Carbonell JJ, Aviñó Juan-Ulpiano D, González Rubio J, Pitarch Monzó C, Martínez Martínez L, Arroyo Cobo JM. • Año 2013. 	Guía de Práctica Clínica.		Ofrece recomendaciones para que los profesionales sanitarios realicen promoción de la salud mental en el medio penitenciario a través de actividades grupales.

	Alfabetización en salud en contexto penitenciario: Programa de Educación por Pares.	<ul style="list-style-type: none"> • Jóluskin G, Silva I, de Castro Rodríguez A. • Año 2017. 	Revisión bibliográfica.		Analiza un Programa de Educación para la Salud en el medio penitenciario que utiliza la metodología de educación por pares.
	Guía para el desarrollo de Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) desde la consulta de triaje de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).	<ul style="list-style-type: none"> • Valenzuela Rodríguez AJ. • Año 2010. 	Guía de Práctica Clínica.		Establece cómo llevar a cabo un PIJ y cuál es la formación necesaria y el papel del personal de Enfermería dentro del mismo.
	Curso de Sanidad Penitenciaria para Profesionales Sanitarios de Osakidetza.	<ul style="list-style-type: none"> • Errasti A. • Año 2012. 	Revisión bibliográfica.		Determina la efectividad de la TSO y analiza de manera detallada el PMM y el PMB.
	Comparativa sobre dos modelos de dispensación de metadona.	<ul style="list-style-type: none"> • Castillo Blázquez A. • Año 2015. 	Revisión sistemática.		Estudia un nuevo modelo de dispensación de metadona individualizado que favorece una mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida de los pacientes.

	Inducción a buprenorfina/naloxona en la unidad de desintoxicación hospitalaria de la Región de Murcia.	<ul style="list-style-type: none"> González Blas I y Sáez Pérez MJ. Año 2015. 	Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.		Describe el papel del personal de Enfermería en el PMB.
	Manejo de intoxicación aguda por sustancias recreativas.	<ul style="list-style-type: none"> Monterroso Monzón JO, Godoy Santizo R, Figueroa Castellanos AC, Wendy Carolina LL, Estrada Cifuentes AL, Rodríguez Godínez MP, Cardillo GA, Abac Baquix HT. Año 2019. 	Guía de Práctica Clínica.		Explica cuál debe ser el manejo seguro y eficaz del paciente con intoxicación aguda por opiáceos, benzodiacepinas, cannabis, cocaína y alcohol.
	Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario.	<ul style="list-style-type: none"> Casares López MJ, González Menéndez AM, Fernández García MP, Villagrà P. Año 2012. 	Estudio analítico longitudinal retrospectivo.		Analiza la eficacia de los PLD intrapenitenciarios para controlar o abandonar el consumo de sustancias.

	Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica.	<ul style="list-style-type: none"> • Rodríguez Kuri SE, Nute Menéndez LD. • Año 2013. 	Revisión bibliográfica.		Aborda las estrategias a llevar a cabo para la reinserción social exitosa de drogodependientes en rehabilitación.
RESP	El papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Avendaño Merín I. • Año 2002. 	Revisión bibliográfica.	Expone la situación actual de la Enfermería Penitenciaria y propone aspectos de mejora.	
	Promoción de la salud, cambios sociales, desarrollo de la Salud Pública.	<ul style="list-style-type: none"> • García Jiménez MT. • Año 2004. 	Revisión bibliográfica.		Explora la evolución histórica de la promoción de la salud y plantea la necesidad de tener equipos multidisciplinares que la lleven a cabo desde un punto de vista positivo.
	El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Cibanal JL. • Año 2000. 	Revisión bibliográfica.		Establece el papel de los profesionales de Enfermería como educadores para la salud en el ámbito de la sanidad penitenciaria.
	Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Díez E. • Año 2004. 	Revisión bibliográfica.		Defiende la evaluación de los programas de educación y promoción de la salud para que resulten beneficiosos a la población penitenciaria.

	Las cárceles: un lugar para la prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Parras Vázquez F. • Año 2000. 	Editorial.		Afirma que la estancia en prisión debe convertirse en una oportunidad para la prevención de la enfermedad, la educación para la salud y la implantación de programas de reducción de daños.
	Formación de Formadores. Programas de Agentes de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • García Berriguete R. • Año 2004. 	Revisión bibliográfica.		Describe un programa de Mediación en Salud llevado a cabo en un centro penitenciario que tiene entre sus objetivos específicos la educación en materia de drogas.
	Los programas de reducción de daños en el medio. penitenciario (I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario.	<ul style="list-style-type: none"> • Trujols J, Marco A. • Año 1999. 	Revisión bibliográfica.		Analiza los siguientes programas de reducción de daños para presos drogodependientes: PIJ, PMM y PLD.

	Los discursos del riesgo de los usuarios de drogas en prisión.	<ul style="list-style-type: none"> • Clua García R, Bañuls Oncina E, Imbernón Casas M, Jiménez Vinaja R. • Año 2019. 	Estudio cualitativo.		Interpreta los discursos de la población penitenciaria en torno al consumo de drogas y a los programas de drogodependencias para orientar el diseño de políticas de drogas más efectivas.
	Evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense): diez años de experiencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Ferrer Castro V, Crespo Leiro MR, García Marcos LS, Pérez Rivas M, Alonso Conde A, García Fernández I, Lorenzo Guisado A, Sánchez Fernández JL, Seara Selas M, Sanjose Vallejo R. • Año 2012. 	Estudio observacional descriptivo transversal.		Evalúa la eficacia del PIJ en el ámbito penitenciario y determina la aceptación recibida por los internos y los funcionarios del centro.
	Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Hernández Fernández T, Arroyo Cobo JM. • Año 2010. 	Revisión bibliográfica.		Describe la evolución de los programas de Mediación en Salud, del PIJ y del PMM en las prisiones españolas de 1996 hasta 2009.

	<p>Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas en las prisiones españolas, 1992-2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De la Fuente L, Bravo MJ, Jiménez-Mejías E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Año 2012. 	<p>Revisión bibliográfica.</p>		<p>Estima la necesidad, la provisión y la cobertura de dos intervenciones de reducción de daños, la TSO y el PIJ, en las prisiones españolas de 1992 a 2009.</p>
	<p>Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas en las prisiones españolas, 1992-2009. Una estimación corregida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De la Fuente L, Bravo MJ, Jiménez-Mejías E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Año 2012. 	<p>Revisión bibliográfica.</p>		<p>Presenta una estimación corregida de la necesidad, provisión y cobertura del PIJ en las prisiones españolas de 1992 a 2009.</p>
	<p>¿Es necesario disponer de tratamientos con Buprenorfina/Naloxona para los presos dependientes de opiáceos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Marco A, López-Burgos A, García-Marcos L, Gallego C, Antón JJ, Errasti A. Año 2013. 	<p>Revisión bibliográfica.</p>		<p>Aporta las ventajas e inconvenientes del tratamiento con buprenorfina y naloxona en presos drogodependientes.</p>

	Muertes por reacción aguda a drogas en las prisiones de Galicia (España) durante el periodo 2001-2010.	<ul style="list-style-type: none"> • Miguel Arias D, Pereiro Gómez C, Bermejo Barrera AM, Vázquez Ventoso C, Rodríguez Barca T. • Año 2017. 	Revisión bibliográfica.		Estudia la prevalencia de muertes por reacción aguda a drogas en los centros penitenciarios e identifica la población diana sobre la que debe realizarse la intervención preventiva.
	¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes ? Estudio en una prisión andaluza.	<ul style="list-style-type: none"> • Rodríguez Martínez A, Ruíz Rodríguez F, Antón Basanta JJ, Herrera Jáimez J, Máiquez Pérez A, Ottaviano Castillo A. • Año 2010. 	Estudio observacional descriptivo transversal.		Define las fases de los PLD: fase de desintoxicación, fase de deshabitación y fase de inserción social. Además, analiza el apoyo social que reciben los presos drogodependientes incluidos en este programa.
SESP	Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Márquez I, Iñigo C. • Año 2012. 	Revisión bibliográfica.	Menciona la necesidad de que exista una motivación real por parte de los presos drogodependientes para ser tratados y de que se incentive la investigación para mejorar la asistencia sanitaria penitenciaria.	Presenta los síntomas de la intoxicación aguda y del síndrome de abstinencia por opiáceos, benzodiacepinas, cannabis, cocaína, alcohol y tabaco. También establece su correspondiente tratamiento.

	Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas.	<ul style="list-style-type: none"> Armenteros López B, Blanco Quiroga A, Borraz Fernández JR, Domínguez Zamorano JA, Garcés Pina E, García Jiménez J, González Gómez JA, Mora Parra LM, Vera Remartínez EJ. Año 2009. 	Revisión bibliográfica.	Plasma la situación actual de la Enfermería Penitenciaria a través del estudio de sus funciones, su organización, la satisfacción personal de los trabajadores, los recursos humanos y materiales con los que cuenta y el perfil de los enfermeros penitenciarios.	
--	---	---	-------------------------	--	--

Tabla 12. Artículos seleccionados y clasificación según la categoría de análisis sobre la que tratan (Fuente: elaboración propia).

A continuación, se desarrolla la información extraída de los 45 artículos expuestos anteriormente, en las dos categorías de análisis seleccionadas: “Enfermería Penitenciaria actual, concretamente en drogodependencias” y “Programas de Drogodependencias y papel de Enfermería”.

5.1. ENFERMERÍA PENITENCIARIA ACTUAL

Se eligieron un total de **8 documentos** que describen **la práctica enfermera actual en el ámbito penitenciario**.

Berg Nesset M et al afirman que las personas privadas de libertad necesitan un mayor cuidado de la salud que la población general, debido a las altas tasas de enfermedad física y mental que tienen y al elevado uso de los servicios de salud que realizan (22).

Armenteros López B et al describen la realidad laboral de la Enfermería Penitenciaria en España. Indican que tienen un perfil mayoritariamente femenino (el 60% el son mujeres) y joven (el 75% tiene menos de 44 años). La dotación de personal es adecuada (ratio de 9,09 enfermeras por cada 1000 reclusos) y el material parece suficiente (23).

La organización del trabajo de la Enfermería Penitenciaria varía en función de si existe o no la figura de supervisor/a de Enfermería: si existe, es quien se encarga de ella y si no, se realiza mediante consenso con el jefe médico. La distribución del trabajo se realiza por módulos en función de los programas sanitarios, sin embargo, llama la atención la insuficiente comunicación y la mínima utilización de protocolos (23).

Las funciones de Enfermería del vigente reglamento penitenciario se han quedado obsoletas y alejadas de la verdadera realidad, por lo que es conveniente su revisión y modificación. Por último, la satisfacción laboral de los profesionales de Enfermería de prisión es ligeramente inferior a la de otros profesionales sanitarios (23).

En añadido a lo descrito anteriormente, Avendaño Merín I dice que la Enfermería Penitenciaria realiza un trabajo poco eficiente y no diferenciado. Reflexiona hacia donde debe ir dirigido su desarrollo profesional, el cual debe (24):

- Basarse en un marco conceptual que determine su razón de ser y que permita explicar los cuidados enfermeros.
- Realizar cuidados enfermeros sistematizados, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y realizando Planes de Cuidados Estandarizados (PCE).
- Identificar las características propias de la población atendida e intervenir sobre sus problemas biopsicosociales.
- Prestar cuidados enfermeros de prevención, promoción, educación, curativos, de reinserción y de apoyo.
- Actuar como miembros efectivos del equipo de salud.
- Estimular la formación bien especializada del personal enfermero.
- Potenciar la investigación.

Markez I e Iñigo C y de Brugal MT apoyan la necesidad de incentivar la investigación para poder evaluar y mejorar las intervenciones sanitarias llevadas a cabo en los centros penitenciarios y ofrecer así, unos cuidados basados en la excelencia (11), (15).

En el estudio de Sánchez-Roig M y Coll-Cámara A se manifiesta que la labor de la Enfermería en prisiones difiere de la llevada a cabo en el medio externo, por las características de la población reclusa y del contexto penitenciario (25).

Los estudios universitarios del título de “Grado en Enfermería” en España contemplan la formación del enfermero generalista. Por lo tanto, le falta las competencias que se requieren para poder trabajar en áreas específicas, como es el caso de la Enfermería Penitenciaria. Estas competencias se definen a continuación en la **Tabla 13** (25):

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA PENITENCIARIA
1. Aplicar los principios que sustentan los cuidados enfermeros al ámbito penitenciario.
2. Identificar los problemas de salud más prevalentes de la población penitenciaria.
3. Manejar los programas de salud que se desarrollan en el medio penitenciario.
4. Garantizar el derecho a la dignidad, a la confidencialidad y a la capacidad de decisión del interno.
5. Individualizar los cuidados enfermeros a cada paciente del contexto penitenciario.
6. Comprender el lenguaje específico utilizado por los internos, como herramienta para establecer una buena comunicación.
7. Detectar las principales demandas sanitarias de los internos.
8. Conocer las situaciones límite que requieren una atención sanitaria muy específica y urgente y saber intervenir en ellas.
9. Tener constancia de la red sanitaria externa de referencia que da soporte a la atención sanitaria penitenciaria.
10. Interpretar y sintetizar críticamente la información y fuentes de datos que faciliten la atención del interno.
11. Saber trabajar en un contexto profesional ético y de códigos reguladores legales.
12. Tener capacidad de gestión enfermera y de colaboración interprofesional con otros miembros del equipo sanitario.

Tabla 13. Competencias de la Enfermería Penitenciaria (26).

En relación a la revisión realizada por Avendaño Merín I, Alcade-Parcés P y Vera-Remartínez EJ también apoyan la aplicación el método científico en la práctica enfermera en prisiones a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ⁴. La finalidad es unificar criterios, garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados, optimizar la asistencia y ganar mayor autonomía profesional (26).

⁴ El PAE se define como un proceso cíclico de cinco fases que incluye valoración, diagnóstico, planificación y evaluación (27).

Por su parte, Martínez Delgado MM desarrolla el formato del PAE en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. Propone el uso de los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) para protocolizar los cuidados enfermeros para este grupo de pacientes. En ellos se utiliza el Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE): NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) (27).

La población penitenciaria presenta unas características sociosanitarias propias, sobre todo en cuanto a patologías prevalentes, que a su vez determinan unos cuidados enfermeros que se ajustan a un patrón. Por lo tanto, esta población reúne los requisitos necesarios para poder crear un PCE, que genera un cuerpo de conocimientos propios, facilita el trabajo diario, potencia la investigación y mejora la calidad asistencial (27).

El estudio presenta un “PCE para la población penitenciaria de género masculino”, expuesto en la **Tablas 14 y 15** (27):

Patrones funcionales de Marjory Gordon alterados	NANDA
<u>Patrón 1</u> : Percepción y mantenimiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • [00037] Riesgo de intoxicación • [00004] Riesgo de infección • [00078] Gestión ineficaz de la salud • [00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud
<u>Patrón 2</u> : Nutricional y metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • [00048] Deterioro de la dentición • [00233] Sobrepeso • [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
<u>Patrón 4</u> : Actividad y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas • [00085] Deterioro de la movilidad física
<u>Patrón 5</u> : Sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • [00198] Trastorno del patrón del sueño
<u>Patrón 6</u> : Cognitivo y perceptual	<ul style="list-style-type: none"> • [00131] Deterioro de la memoria
<u>Patrón 7</u> : Autopercepción y autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> • [00167] Disposición para mejorar el autoconcepto • [00120] Baja autoestima situacional • [00146] Ansiedad
<u>Patrón 8</u> : Rol y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • [00052] Deterioro de la interacción social • [00063] Procesos familiares disfuncionales

Tabla 14. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) para la población penitenciaria de género masculino, clasificados según los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados (27).

NANDA	NOC	NIC
[00037] Riesgo de intoxicación	[1812] Conocimiento: control del consumo de sustancias [1808] Conocimiento: medicación [1904] Control del riesgo: consumo de drogas	[5510] Educación para la salud [2300] Administración de medicación
[00004] Riesgo de infección	[1807] Conocimiento: control de la infección [1813] Conocimiento: régimen terapéutico [1602] Conducta de fomento de la salud [1805] Conocimiento: conductas sanitarias	[5510] Educación para la salud [6540] Control de infecciones [8820] Control de enfermedades transmisibles [2300] Administración de medicación [6530] Manejo de la inmunización/vacunación
[00078] Gestión ineficaz de la salud	[1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad [1813] Conocimiento: régimen terapéutico [1811] Conocimiento: actividad prescrita	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos [2380] Manejo de la medicación
[00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud	[1602] Conducta de fomento de la salud	[5510] Educación para la salud [4410] Establecimiento de objetivos comunes [8700] Desarrollo de un programa
[00048] Deterioro de la dentición	[1603] Conducta de búsqueda de la salud [0308] Autocuidados: higiene oral	[5510] Educación para la salud [1710] Mantenimiento de la salud bucal
[00233] Sobrepeso	[1004] Estado nutricional [1841] Conocimiento: manejo del peso [1802] Conocimiento: dieta prescrita [1811] Conocimiento: actividad prescrita	[1280] Ayuda a disminuir el peso [5614] Enseñanza: dieta prescrita [5612] Enseñanza: ejercicio prescrito
[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	[1004] Estado nutricional [1841] Conocimiento: manejo del peso	[1240] Ayuda para ganar peso

	[1802] Conocimiento: dieta prescrita [1811] Conocimiento: actividad prescrita	[5614] Enseñanza: dieta prescrita [5612] Enseñanza: ejercicio prescrito
[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas	[1604] Participación en actividades de ocio	[5510] Educación para la salud [4310] Terapia de actividad
[0085] Deterioro de la movilidad física	[0208] Movilidad [2004] Forma física [0211] Función esquelética	[5510] Educación para la salud [0200] Fomento del ejercicio [0140] Fomentar la mecánica corporal
[00198] Trastorno del patrón del sueño	[0003] Descanso [0004] Sueño	[5510] Educación para la salud [1850] Mejorar el sueño [2380] Manejo de la medicación [6040] Terapia de relajación
[00131] Deterioro de la memoria	[0900] Cognición [0905] Concentración [0908] Memoria	[4760] Entrenamiento de la memoria [8700] Desarrollo de un programa
[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto [00120] Baja autoestima situacional	[1205] Autoestima [1280] Nivel de depresión	[5400] Potenciación de la autoestima [4350] Manejo de la conducta [5220] Mejora de la imagen corporal
[00146] Ansiedad	[1402] Autocontrol de la ansiedad [1404] Autocontrol del miedo [1703] Creencias sobre la salud: percepción de recursos	[5820] Disminución de la ansiedad [5230] Mejorar el afrontamiento [6040] Terapia de relajación
[00052] Deterioro de la interacción social	[0902] Comunicación [1503] Implicación social	[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales [5100] Potenciación de la socialización
[00063] Procesos familiares disfuncionales	[2603] Integridad de la familia	[7200] Fomento de la normalización familiar [7150] Terapia familiar

Tabla 15. Objetivos de Enfermería (NOC) y resultados de Enfermería (NIC) para la población penitenciaria de género masculino, clasificados según Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (27).

Martínez Delgado MM concluye con que no se puede olvidar que un PCE siempre debe individualizarse, ya que, aunque los cuidados estén estandarizados, estos deben aplicarse a cada paciente con las peculiaridades de este (27).

5.1.1. Enfermería Penitenciaria actual en drogodependencias

Se eligieron un total de **6 documentos** que describen **la práctica enfermera actual en el ámbito penitenciario en materia de drogodependencias**.

En sus respectivos estudios, Sánchez-Roig M y Coll-Cámara A, Alcade-Parcés P y Vera-Remartínez EJ y Martínez Delgado MM interpretan que en el medio penitenciario se atienden patologías muy específicas y que tienen mayor prevalencia que en otros medios, como son las drogodependencias (25), (26), (27).

Perry AE et al determinan que las intervenciones terapéuticas dirigidas a las personas drogodependientes implicadas en problemas con el sistema de justicia penal, pueden ayudarles a reducir el consumo de drogas y la actividad delictiva (28).

En el documento de Markez I e Iñigo C, se plasma la necesidad de que exista una motivación real en los pacientes para el tratamiento de su drogodependencia, evitando que se usen para la obtención de otros beneficios penitenciarios (11).

Sánchez-Roig M y Coll-Cámara A establecen que los profesionales de Enfermería en el medio penitenciario deben tener conocimientos para adherir y mantener al paciente en tratamiento. También son importantes las habilidades prácticas para detectar y tratar una situación urgente de forma rápida y segura en un contexto de intoxicación o abstinencia. Por último, tiene que conocer las posibles ofertas de programas de drogodependencias en el medio extrapenitenciario y facilitar la continuidad del tratamiento fuera de prisión (25).

Borraz Fernández JR pone de manifiesto que el personal de Enfermería tiene que conocer las singularidades propias de cada caso, con el fin de prestar cuidados individualizados y específicos a cada persona drogodependiente (29).

Como conclusión de este apartado, se ha realizado una “Valoración de Enfermería del paciente drogodependiente en prisión” y un “PCE del paciente drogodependiente en prisión”, los cuales se exponen en el **Anexo 1 y 2**.

5.2. PROGRAMAS DE DROGODEPENDENCIAS Y PAPEL DE ENFERMERÍA

Se eligieron un total de **40 documentos** relacionados con los **programas que afrontan la problemática de las drogodependencias en prisión y las intervenciones que realiza el personal de Enfermería en cada uno de ellos**.

Tal y como se describe en la introducción, las intervenciones sanitarias que van dirigidas a la población penitenciaria en materia de drogodependencias se estructuran en tres áreas: prevención, reducción de riesgos y daños y abstinencia.

5.2.1. Programas de Prevención y Educación para la Salud y papel de Enfermería

En cuanto al área de **Prevención**, se seleccionaron **8 documentos** relacionados con **los Programas de Prevención y Educación para la Salud** y con el **papel de Enfermería** en los mismos.

García Jiménez MT critica el abordaje de la tarea de la prevención desde la perspectiva de la enfermedad, es decir, dando a conocer las malas consecuencias de ésta para que actúen de manera preventiva. Propone, por tanto, enseñar en positivo, mediante actuaciones de promoción de la salud (30). Cibanal JL indica que la educación para la salud es una de las formas de trabajo indispensables de la promoción de la salud (31).

Brugal MT afirma que el principal desafío de la sanidad penitenciaria no es solo la reducción de riesgos y daños, sino también la reducción de la vulnerabilidad y de la exclusión social que presenta la población reclusa drogodependiente, por lo que es importante usar medidas de prevención (15).

Bustamante Navarro R et al y Jólluskin G et al añaden que a pesar de que el contexto penitenciario sea un entorno adverso, este debe ser considerado un enclave estratégico para la prevención (32), (33).

García Jiménez MT dice que para ofrecer estos recursos se necesitan equipos multidisciplinares de sanitarios, docentes y trabajadores sociales (30).

Parras Vázquez F establece la necesidad de hacer accesibles los conocimientos de la prevención al personal sanitario, mejorando su formación en educación para la salud (34). Cibanal JL defiende la participación del personal de Enfermería en la promoción de la salud y, además, confirma que la educación para la salud es una parte importante de su propia actividad (31).

Hacer educación sanitaria es comunicar y motivar al paciente para que sea capaz y esté en condiciones de mantener y recuperar su salud, y las posibilidades que a este respecto tiene Enfermería son muchas, gracias al contacto constante y directo que tiene con los pacientes. Por lo tanto, las enfermeras tienen que impulsar estrategias que hagan eficaces los Programas de Prevención y Educación para la Salud, mediante

intervenciones directas, estables y continuadas. Para ello, se requiere una formación previa en programación, en comunicación y relación de ayuda y en el manejo de dinámica de grupos (31).

En su estudio, Diez E hace hincapié en la necesidad de que el personal de Enfermería evalúe los Programas de Prevención y Educación para la Salud que lleven a cabo, para poder conocer el grado de eficacia de las actividades realizadas y los cambios ocasionados. De esta manera, se evita hacer intervenciones educativas de baja calidad, que no solo pueden ser ineficaces sino contraproducentes (31).

5.2.1.1. Programas de Mediación en Salud y papel de Enfermería

Una estrategia preventiva fundamental es la **Mediación en Salud**, la cual es estudiada por **2 de los 8 documentos** seleccionados para la temática de la Programas de Prevención y Educación para la Salud.

García Berriguete R describe un Programa de Mediación en Salud llevado a cabo en prisión. Consiste en la selección y formación de un grupo de profesionales penitenciarios, para que, posteriormente, sean ellos los que seleccionen y formen a un grupo de internos que van a actuar como agentes de salud entre el resto (36).

La selección de los profesionales se realizó mediante entrevistas personales y se constituyó un equipo formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y funcionarios de vigilancia. La formación la realizó un médico y un psicólogo (36).

Para la implantación del programa, se analizó la realidad del centro y las características de la población y se establecieron los objetivos. Posteriormente, se seleccionaron los agentes de salud. Para su formación, se realizaron varias sesiones que impartieron los profesionales seleccionados, y una vez finalizadas, los internos realizaron documentos de información, campañas y reuniones entre sus compañeros (36).

Finalmente, se evaluó el análisis que se había realizado de la realidad, la forma de llevar a cabo las actividades y los efectos del programa (36).

García Berriguete R plantea como objetivo general del programa “mejorar la calidad de vida de los internos”. En relación con la presente revisión bibliográfica, uno de los objetivos específicos es “aportar conocimientos sobre prácticas de consumo de drogas seguras” que se llevó a cabo en la sesión “Consumo de menor riesgo” (36).

Respecto al papel de Enfermería, son dos las enfermeras seleccionadas para formar parte del equipo de profesionales y tres las sesiones que se les atribuyeron: “Importancia de los Agentes de Salud”, “Salud integral” y “Consumo de menor riesgo” (36).

Jólluskin G et al también desarrollan en su estudio un Programa de Mediación en Salud, con una planificación muy similar al descrito anteriormente. Sin embargo, el objetivo es

más amplio, pues se basa en la mejora de la salud general de los internos, y el número de representantes enfermeros es mayor (33).

Ambos artículos coinciden en que los programas de Mediación en Salud son actividades de gran acogida y que aportan grandes beneficios en cuanto a los cambios de hábitos de la población a los que van dirigidos (33), (36).

Hernández Fernández T y Arroyo Cobo JM determinan que se observa un progresivo aumento del número de centros penitenciarios que implantan estos programas, llegando en los últimos 10 años prácticamente a la totalidad de los centros (37).

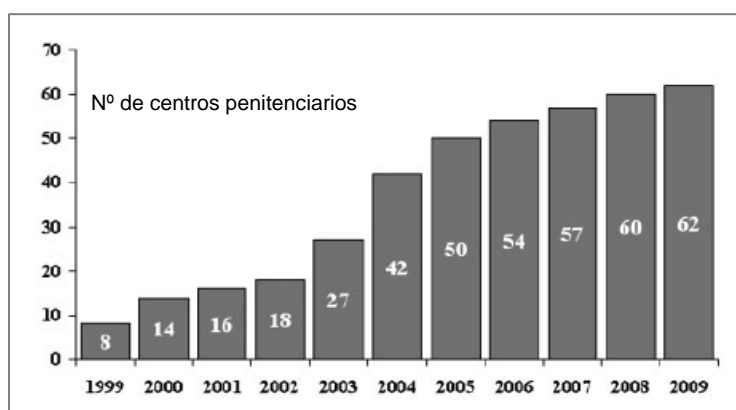


Ilustración 12. Evolución del número de centros penitenciarios con Programas de Mediadores en Salud de 1999 a 2009 en España (37).

5.2.2. Programas de Reducción de Riesgos y Daños y Enfermería

Respecto al área de **Reducción de Riesgos y Daños**, se seleccionaron **28 documentos** relacionados con los **Programas de Reducción de Riesgos y Daños** y con el **papel de Enfermería** en los mismos.

Brugal MT afirma que para responder a la elevada prevalencia de enfermos drogodependientes y a la epidemia de enfermedades infectocontagiosas, se han introducido en prisión programas de reducción de daños (15). Trujols J y Marco A explican que los programas de reducción de daños no deben ser únicamente estrategias para enfrentarse a estas dos situaciones, sino que también deben servir para garantizar el respeto de los derechos humanos de los usuarios de drogas como los de cualquier otro ciudadano (38).

Brugal MT determina que estos programas tienen como objetivo reducir las consecuencias físicas, psíquicas y sociales perjudiciales del consumo de drogas, sin la necesidad obligatoria de disminuir o erradicar dicho consumo (15).

Brugal MT y Parras Vázquez F coinciden en que estos programas suelen estar criminalizados por su supuesta “ilegalidad” y “peligrosidad”. Sin embargo, la literatura científica demuestra que son viables y efectivos, pues se constata una disminución de las prácticas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas (15), (34).

Parras Vázquez F añade que uno de los retos es dar un paso más en la reducción de daños, equiparando la oferta de estos programas en el medio penitenciario a la que existe en el exterior. Se ve necesario también, el establecimiento de una metodología que impulse el desarrollo homogéneo de estos programas y la creación de un plan de formación para los profesionales sanitarios en el manejo de los mismos (34).

Hernández Fernández T y Arroyo Cobo JM establecen que, en los últimos años, se observa una disminución del número de usuarios de los programas de reducción de daños, debido al cambio de hábitos en el consumo de sustancias y a la puesta en marcha de los Programas de Prevención y Educación para la Salud (37).

5.2.2.1. Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y papel de Enfermería

Uno de los principales Programas de Reducción de Riesgos y Daños es el **PIJ**, el cual es estudiado por **8 de los 28 documentos** seleccionados.

Ferrer-Castro V et al detectan que la falta de acceso a jeringuillas estériles en un medio cerrado como es la prisión, provoca que estas se reutilicen y se compartan. Si a esto se une la elevada prevalencia de infección por VIH y VHC y el consumo en condiciones no higiénicas, se pone de manifiesto el elevado riesgo de transmisión de infecciones que hay en prisión entre los Usuarios de Droga por Vía Parenteral (UDVP) (39).

Trujols J y Marco A plantean que el objetivo de dichos programas es la disminución de la práctica de compartir el material de inyección, limitándose así las posibilidades de contagio de enfermedades infectocontagiosas (38).

Afirman que los PIJ son efectivos, ya que no solo disminuyen la práctica de compartir jeringuillas y la incidencia del VIH y VHC, sino que, además, no se evidencia un aumento del número de UDVP, ni de los niveles de consumo de drogas (38).

En esta línea, Valenzuela Rodríguez AJ expone que para que un PIJ sea realmente operativo, debe ser flexible para adaptarse a las necesidades de los usuarios, garantizar la confidencialidad y proporcionar un suministro estable y continuado en el tiempo (38).

Valenzuela Rodríguez AJ establecen que el intercambio de jeringuillas debe formar parte de una estrategia global de reducción de riesgos y daños, que incluye educación sanitaria y si el usuario de drogas lo solicita, un puente hacia otros dispositivos sociosanitarios (40).

Hernández Fernández T y Arroyo Cobo JM y De la Fuente L et al (en la versión corregida) analizan en sus respectivos artículos la evolución de los PIJ en las prisiones españolas. Dicen que los PIJ comenzaron a implantarse en 1997 y su máxima cobertura

se alcanzó en 2005, con un 36%. En los cuatro años siguientes, la cobertura disminuyó a la mitad, con un 17.4% en 2009 (37), (41).

A De la Fuente L. et al añaden que el PIJ se puso en marcha solo 5 años más tarde al máximo de necesidad, sin embargo, incluso en el año de máxima cobertura, se distribuyeron menos jeringuillas de las que hubieran sido necesarias. Concluyen con que la percepción generalizada de que la inyección ya no es un problema, puede estar ocasionando una disminución del número de PIJ y de jeringuillas estériles distribuidas (42).

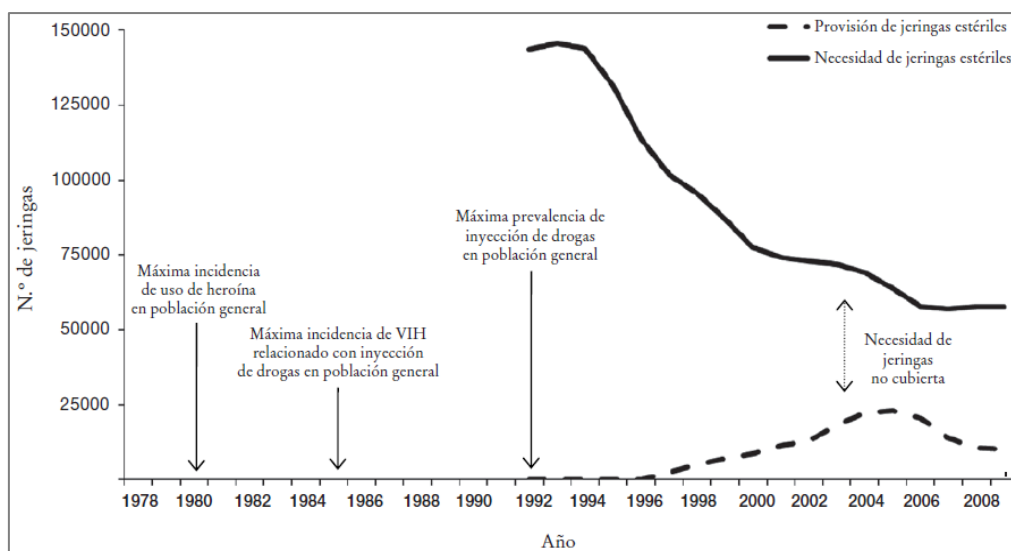


Ilustración 13. Evolución de la necesidad y de la provisión de jeringas estériles entre los inyectadores de drogas de 1992 a 2009 en España (41).

Clua-García R. et al realizaron un estudio que identificaba tres posicionamientos discursivos de los presos drogodependientes para adaptar al máximo los programas de intervención. Destacan el “temerario” que realiza prácticas de riesgo en el consumo de drogas; el “aventurero” que consume drogas, pero utiliza medidas de prevención; y el “prudente” que se mantiene abstinentes o consume ocasionalmente minimizando al máximo los riesgos (43).

Los tres pensamientos discursivos de los internos sobre el PIJ son los siguientes (43):

Los “temerarios” rechazan este programa para evitar el control institucional, pero utilizan artimañas para conseguir jeringuillas de otros usuarios, lo que aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades (43).

Por su lado, los “aventureros” reconocen los beneficios del PIJ, pero reclaman una serie de reformas: mejorar la accesibilidad, aumentar el número de jeringuillas dispensadas y utilizar jeringuillas más adaptadas a las prácticas de consumo (43).

Y, por último, los “prudentes”, pese a rechazar el consumo por vía parenteral, consideran este programa una buena opción para evitar el contagio de enfermedades (43).

Valenzuela Rodríguez AJ manifiesta que el PIJ puede ser llevado a cabo por el personal de Enfermería con un perfil competencial concreto. La enfermera tiene que (40):

- Saber sobre drogodependencias y enfermedades infectocontagiosas.
- Conocer las formas de consumo: vías de consumo, riesgos asociados a cada una de ellas y técnicas seguras de inyección.
- Disponer de información sobre los distintos recursos sociosanitarios existentes en el área y las condiciones de acceso a los mismos.
- Tener habilidad comunicativa, ser flexible y no ser moralizante ni coercitiva.
- Estar motivada para generar actitudes positivas entre los UDVP.
- Estar entrenada en el funcionamiento del intercambio de jeringuillas.

Las funciones de la enfermera participante en un PIJ, son las siguientes (40):

1. Atraer y retener en el programa al mayor número posible de UDVP.
2. Repartir las jeringuillas estériles y otros útiles necesarios para la inyección (toallitas desinfectantes de la piel, agua destilada o ácido cítrico para disolver la droga y contenedores para la eliminación del material punzante).
3. Recoger las jeringuillas usadas e iniciar el procedimiento de eliminación.
4. Ofrecer información, educación sanitaria y consejo a los UDVP.
5. Motivar actitudes positivas en los UDVP en relación a los hábitos higiénicos de inyección.
6. Derivar a los usuarios que lo requieran a otros servicios para recibir tratamiento para el abuso de drogas u otros problemas sanitarios o de tipo social.
7. Obtener información sobre las características y necesidades específicas de los UDVP a los que atiende el programa.
8. Diseñar los protocolos de actuación y los indicadores de evaluación del programa.

5.2.2.1.1. Programa de Distribución de Papel de Aluminio y papel de Enfermería

El PIJ no elimina uno de los principales riesgos que la vía parenteral tiene amplificado frente a otros tipos de consumo, la sobredosis. Por ello surge el **Programa de Distribución de Papel de Aluminio**, el cual es estudiado por **1 de los 28 documentos** seleccionados para la temática de Programas de Reducción de Riesgos y Daños.

Strike C et al explican que el papel de aluminio se usa para fumar algunas drogas que producen vapores inhalables cuando se calientan, como ocurre fundamentalmente con la heroína. Añaden que el Programa de Distribución de Papel de Aluminio es una estrategia de reducción de daños que consiste en distribuir papel de aluminio a los drogodependientes que utilizan la vía fumada para el consumo de drogas (44).

El estudio confirma que el uso compartido de papeles de aluminio también puede suponer un riesgo para la transmisión de patógenos. Este hecho, junto con que se trata de promover el cambio de la vía parenteral de consumo por el de la vía fumada, para disminuir el riesgo de sobredosis, justifican la implantación de este programa (44).

Sin embargo, añadido a los problemas pulmonares y respiratorios de la vía fumada, no se dispone de literatura disponible que documente si existen otros riesgos asociados al uso de papel de aluminio. Esto hace que no existan recomendaciones específicas sobre esta práctica (44).

5.2.2.2. Terapia de Sustitución con Opiáceos (TSO) y papel de Enfermería

Otro de los principales Programas de Reducción de Riesgos y Daños es la **TSO**, la cual es estudiada por **18 de los 28 documentos** seleccionados.

En el estudio de Opitz-Welke A et al se establece que la TSO genera mejores resultados en la dependencia a opiáceos que los programas orientados a la abstinencia (45). Bosque-Prous M y Brugal MT y Favrod-Coune T et al argumentan que la TSO consigue la disminución o el abandono del uso de opiáceos ilegales, disminuye la morbilidad al reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y de sobredosis, mejora la calidad de vida de los toxicómanos y reduce la propensión para el comportamiento criminal. Por lo tanto, la TSO es un elemento clave para reducir los problemas sanitarios, sociales y judiciales asociados al consumo de opiáceos (46), (47).

Errasti A añade que los programas de TSO tienen una alta adherencia al tratamiento (42-83%), los costes son razonables y tienen una duración mínima de dos años (6).

Tanto Opitz-Welke A et al, como Favrod-Coune T et al, plantean la necesidad de que todas las personas dependientes de opiáceos tengan acceso a la TSO durante el encarcelamiento y de que se programe el seguimiento del programa tras su liberación (45), (47).

De la Fuente L et al determinan que los programas de TSO llevados a cabo en prisión fueron la primera medida de reducción de daños implantada en España. Comenzaron en 1992, su máxima cobertura se alcanzó en 2002, con un 63,8%, y posteriormente, se estabilizaron (42).

Su puesta en marcha tuvo un enorme retraso, entre 8 y 25 años. Sin embargo, una vez implantados, ofrecieron una cobertura muy elevada, de más de un 60% (42).

Errasti A mencionan que, aunque el consumo de heroína este en retroceso, la TSO sigue siendo uno de los principales abordajes terapéuticos en los centros penitenciarios (6).

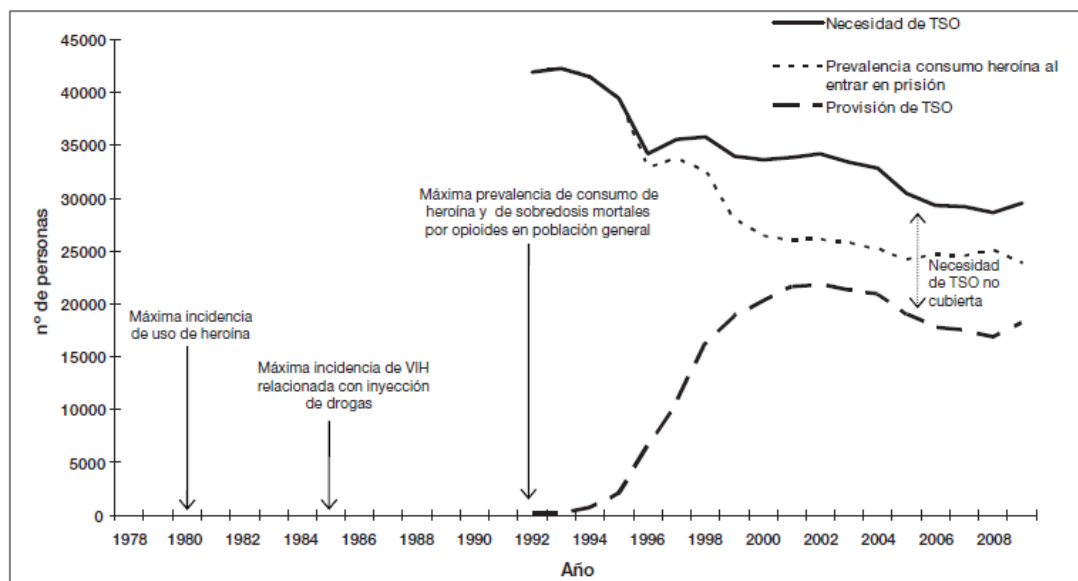


Ilustración 14. Evolución de la necesidad y de la provisión de TSO en instituciones penitenciarias de 1992 a 2009 en España (42).

Fuentes Soliz JA et al dicen que los programas de sustitutivos opiáceos se basan en la prescripción controlada de opioides agonistas totales como la metadona o bien, de agonistas parciales como la buprenorfina, sola o asociada a un antagonista opiáceo, la naloxona. Ambos tienen en el cerebro una actividad similar a los opiáceos ilegales de abuso, por lo que bloquean el deseo de consumirlos. Además, tienen una acción más prolongada, son menos euforizantes y son fármacos seguros y eficaces (48).

5.2.2.2.1. Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y papel de Enfermería

Uno de los principales programas de sustitución de opiáceos es el **PMM**, el cual es estudiado por **8 de los 18 documentos** seleccionados para abordar la TSO.

Errasti A indica que el PMM es el tratamiento básico de la dependencia a opiáceos (6).

En la revisión realizada por Trujols J y Marco A se pone de manifiesto que el PMM es un tratamiento efectivo, pues reduce el consumo de opiáceos ilegales y la morbilidad asociada. No obstante, esta conclusión es correcta si el usuario recibe una dosis adecuada de metadona, ya que dosis bajas con una orientación hacia la abstinencia pueden provocar resultados nefastos. Por lo tanto, proponen aumentar su disponibilidad y accesibilidad para incrementar así la efectividad, normalizar estos programas y disminuir la estigmatización de los usuarios (38).

Gutiérrez Cáceres S et al confirman que las personas en tratamiento con metadona han aumentado su esperanza de vida. El envejecimiento de esta población, promueve la

aparición de patologías comunes y crónicas, a las que hay que sumar las enfermedades prevalentes de este grupo (VIH, VHC y patología dual) y los problemas que genera el uso de metadona a largo plazo: alteración de la percepción del dolor, afectación neurológica y cardíaca y envejecimiento cerebral prematuro (50).

Por lo tanto, la población de los PMM es especialmente vulnerable y necesita una mayor atención sanitaria (50). Cotton BP et al añaden a esta última idea, que los PMM deben considerar la edad, el estado de salud al momento de la inscripción y la duración del tratamiento, para proporcionar una atención adaptada a cada persona (51).

Hernández Fernández T y Arroyo Cobo JM plasman que la evolución del PMM en los centros penitenciarios muestra un aumento progresivo del número de usuarios desde su implantación hasta el año 2003 y un lento descenso en los últimos años (37).

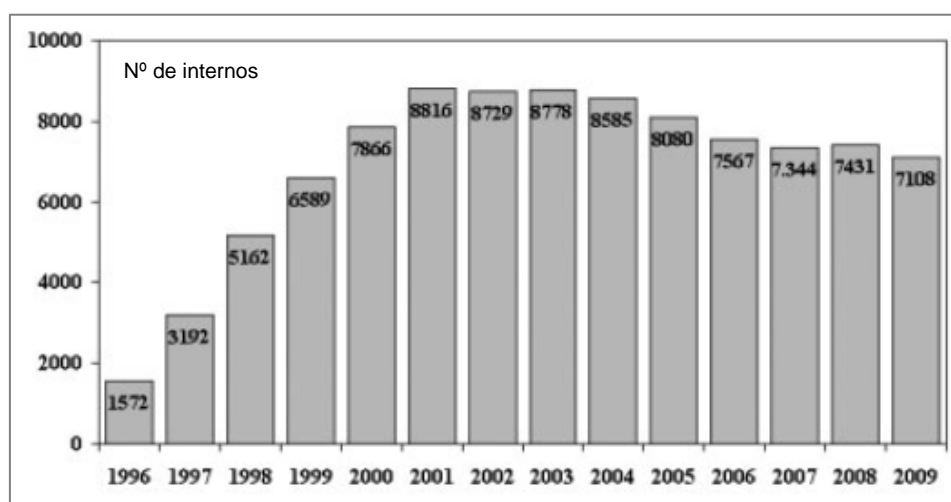


Ilustración 15. Evolución del número de internos en el PMM en instituciones penitenciarias de 1999 a 2009 en España (37).

Clua-García R et al en su estudio descrito anteriormente sobre los tres pensamientos discursivos de los internos sobre los programas de drogodependencias, manifiestan lo siguiente sobre el PMM (43):

Los “temerarios” rechazan el uso de la metadona y prefieren el consumo de heroína para evitar el control de la institución y ser estigmatizados por otros presos (43).

Por su lado, los “aventureros” compaginan el uso de metadona con el de heroína. Muchos casos solicitan aumentar la dosis de metadona para obtener un grado de embriaguez, con la seguridad de no padecer una sobredosis (43).

Y, por último, los “prudentes”, creen que el objetivo de este programa debe ser paliar la adicción a la heroína y reducir la dosis de metadona hasta conseguir la abstinencia (43).

Castillo Blázquez A defiende un modelo de PMM en el que el personal de Enfermería es quien dispensa la metadona, conoce la realidad de cada paciente, observa su estado general, establece una relación terapéutica con él y es fuente de apoyo y motivación. En contraposición a un modelo en el que el personal enfermero actúa como un mero dispensario de metadona (52).

Este modelo de dispensación favorece una mayor adherencia y un mejor pronóstico en el tratamiento. Además, posibilita el seguimiento de sus problemáticas de salud, mejora algún aspecto social, dispone un espacio normalizado en el que puedan sus problemas y permite el paso a programas de mayor exigencia (52).

Grinspun D et al determinan que los profesionales de Enfermería necesitan adquirir conocimientos sobre el PMM para poder desempeñar su función de manera competente. Deben estar preparados para evaluar la dependencia a drogas, tener conocimientos sobre las dosis adecuadas de metadona y su eficacia y manejar las intervenciones de educación para la salud. También necesitan conocer los PMM para poder comprender la actitud de los pacientes hacia el proceso de tratamiento (53).

5.2.2.2.2. Programa de Mantenimiento con Buprenorfina (PMB) y papel de Enfermería

Otro de los principales programas de sustitución de opiáceos es el **PMB**, el cual es estudiado por **6 de los 18 documentos** seleccionados para abordar la TSO.

El fármaco más utilizado como sustitutivo opiáceo es la metadona, sin embargo, tal y como plantean Mattick RP et al y Fuentes Soliz et al, existen otras opciones terapéuticas para la reducción de daños en la dependencia a opiáceos, como la buprenorfina o la combinación de buprenorfina y naloxona (54), (49).

Zoorob R et al refieren preferir los medicamentos combinados de buprenorfina y naloxona, frente a la monoterapia con buprenorfina, debido a su menor potencial de abuso (55).

Mattick RP et al afirman en su estudio que la buprenorfina es una medicación efectiva en el tratamiento de la dependencia a opiáceos, pues retiene a los pacientes en el tratamiento y suprime el uso de opiáceos ilegales. Sin embargo, en comparación con la metadona, esta es superior a la buprenorfina para retener a los pacientes en el tratamiento y suprime por igual el uso de opiáceos ilegales (54).

Fuentes Soliz et al establecen que cambiar la terapia con metadona por la de buprenorfina y naloxona es una buena opción, pues el PMB mejora la calidad de vida de los usuarios (49).

Marco A et al aportan otras ventajas del tratamiento de buprenorfina y naloxona. Mencionan que son más seguros que la metadona, ya que tienen menor riesgo de sobredosis y de afectación cardíaca. También son mejores en cuanto al perfil de interacciones, pues pueden combinarse con fármacos antirretrovirales sin desarrollar síndrome de abstinencia. Además, conllevan una menor estigmatización y ofrecen una alternativa de tratamiento más adaptada a las características de los pacientes (48).

Sin embargo, concluyen el estudio afirmando que el tratamiento de buprenorfina y naloxona es económicamente más costoso que el de metadona y que ambos tienen una eficacia similar (48).

Marco A et al aconsejan disponer de las dos modalidades de TSO y que estas se prescriban según las características y necesidades de cada caso (48).

En el estudio realizado por González Blas I y Sáenz Pérez MJ se reconocen las funciones de los profesionales de Enfermería en el PMB. El personal enfermero es el encargado de dispensar la medicación prescrita y, además, valora los síntomas de abstinencia, da apoyo y realiza educación para la salud, para propiciar una evolución favorable del tratamiento (56).

Polydorou S et al añaden que, aunque la buprenorfina es fácil de dispensar, requiere que el personal de Enfermería encargado de esta función reciba una formación adecuada (57).

5.2.2.3. Programa de Actuación en Sobredosis y papel de Enfermería

El último Programa de Reducción de Riesgos y Daños es el **Programa de Actuación en Sobredosis**, el cual es estudiado por **4 de los 28 documentos** seleccionados.

Miguel Arias D et al manifiestan que el consumo de drogas se asocia a múltiples complicaciones, entre las que destaca la Reacción Aguda a Drogas (RAD). Entre los mecanismos etiopatogénicos de la RAD encontramos la sobredosis (58).

Dado que un elevado porcentaje de la población presa es drogodependiente y que el consumo intrapenitenciario es posible a pesar de las medidas de control, las complicaciones asociadas a la RAD también están presentes en este medio. Además, la principal causa de muerte de los presos drogodependientes es la RAD (58).

Miguel Arias D et al creen necesaria la puesta en marcha de campañas preventivas sobre conductas de riesgo para sufrir una sobredosis (58).

Bosque-Prous M y Brugal MT apoyan la prevención de las sobredosis mediante la ejecución de Programas de Mediación en Salud. Determinan que formar agentes de salud en los efectos de las drogas, la reanimación cardiopulmonar y la administración de naloxona, ha demostrado un aumento del conocimiento y de las habilidades de los participantes para responder de forma eficaz en caso de sobredosis, apreciándose un incremento de la tasa de supervivencia (46) ⁵.

⁵ Los Programas de Prevención y Educación para la Salud, incluidos los Programas de Mediación en Salud, han sido descritos anteriormente, con la correspondiente labor enfermera.

Miguel Arias D et al añaden que otra de las medidas más eficaces en la prevención de las sobredosis es la implantación de programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, como los PMM y los PMB (58) ⁶.

El Programa de Actuación en Sobredosis también contempla la actuación inmediata ante un episodio de sobredosis, que se trata de una urgencia médica que puede ser mortal. A continuación, se describen los síntomas que advierten de una intoxicación aguda por sobredosis de opiáceos, benzodiacepinas, cannabis, cocaína y alcohol, así como su tratamiento correspondiente. Para ello, se han utilizado las guías realizadas por Markez Alonso I et al (11) y Miguel Arias D et al (59).

Además, Miguel Arias D et al disponen que los responsables de identificar una intoxicación aguda y atenderla con el objetivo de estabilizar al paciente de una manera segura y eficaz, son los profesionales sanitarios, entre ellos el personal de Enfermería (59).

Intoxicación aguda por opiáceos:

Los síntomas característicos de la intoxicación aguda por opiáceos son: euforia, sensación de calor, somnolencia, torpeza, disminución de la agudeza visual, náuseas, vómitos, sequedad de boca, vértigos, prurito e hipotonía muscular (11). Los casos más graves la sobredosis por opiáceos se caracterizan por la triada de depresión neurológica, depresión respiratoria y miosis (59).

La conducta a seguir ante una intoxicación aguda por opiáceos debe centrarse en mantener permeable la vía aérea y prevenir la aspiración, colocando al paciente en decúbito lateral. En caso de parada cardiorrespiratoria, hay que aplicar oxigenoterapia o ventilación mecánica, colocar una vía de perfusión e iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (11), (59).

El tratamiento específico consiste en la administración de naloxona, que es un antagonista opiáceo. Si la intoxicación es debida a opiáceos ingeridos por vía oral, es conveniente realizar un lavado gástrico con carbón activado (11), (59).

Intoxicación aguda por benzodiacepinas (BDZ):

En comparación con otros sedantes, las BDZ son agentes seguros, por su amplio margen terapéutico y por ser débiles depresoras respiratorias (11).

Los síntomas que advierten de una intoxicación aguda por BZD son: alteración de la atención o la memoria, habla entrecortada, falta de coordinación y marcha inestable. Si la intoxicación es más grave puede aparecer depresión cardiorrespiratoria, convulsiones y coma (11).

⁶ La TSO, incluidos el PMM y el PMB, han sido descritos anteriormente, con la correspondiente labor enfermera.

Las primeras medidas que se debe implementar en todo paciente con intoxicación aguda por BZD son proteger la vía aérea y dar soporte respiratorio y circulatorio si es necesario. El tratamiento específico en caso de depresión respiratoria o coma es la administración de flumazenil, antagonista de los agonistas del receptor benzodiacepínico (59).

Intoxicación aguda por cannabis:

Los síntomas más frecuentes de la intoxicación aguda por cannabis son: sensación de bienestar, euforia y risa fácil; alteraciones sensoriales visuales, táctiles y auditivas y cambios en la percepción del tiempo; perturbaciones cognitivas como aumento del tiempo de reacción, alteración de la memoria y dificultades psicomotoras; y signos físicos como conjuntivas rojas, miosis, aumento del apetito y de la sed, taquicardia y sequedad de boca. En ocasiones, se pueden producir también experiencias negativas intensas como cuadros de ansiedad, ideas paranoides, excitación maníaca, vivencias disociativas o alucinaciones (11).

La intoxicación aguda por cannabis no suele precisar asistencia médica ya que los síntomas desaparecen paulatinamente. En casos de intoxicación grave, el tratamiento consiste en medidas de soporte. La ansiedad mejora con el apoyo y la tranquilización en un ambiente relajado y para la agitación y la psicosis se administran BZD y antipsicóticos vía intramuscular (59).

Intoxicación aguda por cocaína:

Los síntomas más característicos de la intoxicación por cocaína son la euforia y el incremento de la actividad autonómica y psicomotora. En casos graves puede haber confusión, lenguaje incoherente, ansiedad, aumento del interés sexual e incluso puede aparecer un trastorno psicótico de ideas delirantes de tipo paranoide y de alucinaciones auditivas, visuales o táctiles (11).

En cuanto al tratamiento de la intoxicación aguda por cocaína, no existe un antídoto específico, por lo que el tratamiento es sintomático y de sostén y depende de los síntomas y signos clínicos que presente el individuo (32).

Las BZD son útiles en la sedación de aquellos pacientes que presentan una agitación extrema y la administración de antipsicóticos únicamente se aconseja en los casos en que aparece una psicosis que no cede en el período esperado (11).

Intoxicación aguda por alcohol:

El cuadro clínico de la intoxicación alcohólica aguda se caracteriza por: incoordinación motora, marcha inestable, lenguaje farfullante, nistagmo, deterioro de la atención y de la memoria, estupor e incluso coma. Estos síntomas se acompañan de cambios psicológicos y conductuales, como alteraciones en la capacidad de juicio y conducta y desinhibición sexual, agresiva y emocional (11).

El tratamiento de la intoxicación aguda en alcohólicos debe contemplar entre sus objetivos prevenir el desarrollo de un posible síndrome de abstinencia alcohólica (11).

No hay antídoto específico, por lo que las medidas a tomar consistirán en monitorizar al paciente para el control hemodinámico, vigilar la vía aérea, colocar al paciente en posición lateral de seguridad, abrigarlo para evitar la hipotermia, realizar un control neurológico frecuente y controlar la hipoglucemia.

En caso de depresión respiratoria o coma, se seguirán las medidas de soporte vital y ante coma con aspiración o convulsiones se procederá a la ventilación mecánica. En caso de agitación psicomotriz se inyectará haloperidol intramuscular (59).

5.2.3. Programas Libres de Droga (PLD) y Enfermería

Por último, referente al área de **abstinencia**, se seleccionaron **7 documentos** relacionados con los **PLD** y el papel de Enfermería en los mismos.

Casares López MJ et al indican que el contexto penitenciario es una buena oportunidad para poner en marcha PLD que pongan fin a la drogodependencia de muchos reclusos (60).

En el estudio de Markez Alonso I et al se definen los objetivos de los PLD, destacan: facilitar la modificación de hábitos y actitudes, propiciar la adquisición de estrategias de afrontamiento y establecer las bases sobre las que el paciente pueda plantearse un nuevo estilo de vida. Además, hacen hincapié en que la inclusión en los PLD debe ser voluntaria y es conveniente que no se realice hasta que el drogodependiente esté lo suficientemente motivado para el cambio (11).

Casares López MJ et al afirman que los PLD intrapenitenciarios consiguen reducir la frecuencia y la cantidad de consumo de sustancias, llegando a la abstinencia en la mayor parte de los casos. Sin embargo, las ganancias obtenidas no se logran mantener trascurrido un año de la intervención (60). Dada la limitada efectividad de los PLD, Trujols J y Marco A proponen favorecer el desarrollo de Programas de Reducción de Riesgos y Daños (38).

Clua-García R et al en su estudio descrito anteriormente sobre los tres pensamientos discursivos de los internos sobre los programas de drogodependencias, manifiestan lo siguiente sobre el PLD (43):

Los “temerarios” rechazan los PLD por ser una forma de control social y se mantienen en el consumo activo. Refieren usarlos para obtener beneficios penitenciarios (43):

Por su lado, los “aventureros” reconocen que los PLD pueden llegar a ser efectivos, pero critican su carácter cuasiobligatorio y reclaman que los tratamientos sean individualizados, aunque se usen para obtener beneficios penitenciarios (43).

Y, por último, los “prudentes”, apoyan los PLD y destacan la voluntad como rasgo central del tratamiento, sin que esta esté vinculada a obtener beneficios penitenciarios (43).

Markez Alonso I et al establecen como regla general que, inicialmente son más acuciantes los problemas médico-psiquiátricos; seguidamente se profundizará en aspectos psicológicos de la adicción; para finalmente, completar el proceso con el abordaje de la problemática social (11).

Markez Alonso I et al añaden que la complejidad del problema requiere un abordaje multidisciplinar, que conjugue actividades clínicas, psicoeducativas y rehabilitadoras. En cuanto al personal de Enfermería, esta ocupa un lugar destacado en el abordaje de la abstinencia, tanto por su accesibilidad a los pacientes, como por su papel de educadores de salud (11).

5.2.3.1. Programa de Desintoxicación y papel de Enfermería

La primera fase de los PLD es el **Programa de Desintoxicación**, el cual es estudiado por **2 de los 7 documentos** seleccionados.

Markez Alonso I et al determinan que la desintoxicación es el primer paso para los reclusos que demanden su inclusión en los PLD. En esta fase se suprime el consumo continuado de drogas, lo que precipita la aparición de un cuadro clínico de signos y síntomas de intensidad variable, conocido como síndrome de abstinencia. Afirman que pesar de la angustia vivida por el paciente durante el síndrome de abstinencia, este no es mortal (11) ⁷.

Rodríguez Martínez A et al establecen que el objetivo del Programa de Desintoxicación es que el drogodependiente deje de consumir sin experimentar los efectos del síndrome de abstinencia, como consecuencia de la aplicación de tratamiento, fundamentalmente farmacológico (61).

A continuación, se describen los síntomas del síndrome de abstinencia de opiáceos, benzodiacepinas, cannabis, cocaína, alcohol y tabaco, así como su tratamiento correspondiente. Para ello, se ha utilizado la Guía desarrollada por Markez Alonso I et al (11).

Desintoxicación de opiáceos

El síndrome de abstinencia de opiáceos se caracteriza por: ánimo disfórico, náuseas o vómitos, dolor muscular, lagrimeo o rinorrea, midriasis, piloerección o sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio (11).

Entre los tratamientos de desintoxicación más utilizados destacan sustituir el opiáceo de abuso por otro opiáceo de semivida más larga, como la metadona o la buprenorfina, con una pauta gradual decreciente; administrar un agonista alfa 2 adrenérgico, la clonidina, para disminuir la activación neurovegetativa; o realizar desintoxicaciones rápidas mediante la administración de antagonistas opiáceos, que generan un síndrome de abstinencia inmediato e intenso que se frena con la administración de clonidina (11).

⁷ A excepción del síndrome de abstinencia del alcohol, que puede ser mortal.

De forma paralela se puede utilizar tratamiento farmacológico sintomático: BZD para el insomnio y la ansiedad, antidepresivos en estados depresivos que no ceden sin tratamiento y analgésicos para el control de las algias (11).

Desintoxicación de benzodiacepinas

El síndrome de abstinencia a BZD se manifiesta por: náuseas, vómitos, malestar general, debilidad, hiperactividad vegetativa, ansiedad, irritabilidad, aumento de la sensibilidad a la luz y al sonido, temblor tosco e insomnio intenso (11).

El tratamiento de la desintoxicación de BZD se basa en tres estrategias farmacológicas. La primera estrategia es la reducción gradual de las BZD, que consiste en reducir un máximo del 20% la dosis diaria cada semana. La segunda estrategia es la sustitución por otra BZD de vida media-larga y una vez establecida una dosis estable, se debe aplicar la primera estrategia. La tercera estrategia, es la interrupción brusca del consumo de BZD utilizando fármacos coadyuvantes como la carbamacepina y la pregabalina (11).

Desintoxicación de cannabis

Los consumidores crónicos de cannabis no padecen un cuadro de abstinencia severo tras el cese del consumo. Esto se debe al carácter lipofílico de los principales componentes psicoactivos del cannabis, que se acumulan en el tejido graso del individuo y se van liberando lentamente, provocando una abstinencia leve (11).

Pueden aparecer síntomas como: ansiedad, inquietud, irritabilidad, disforia, agresividad, dificultad para dormir, temblores y pérdida de apetito y peso (11).

El tratamiento de la desintoxicación solo tendrá lugar si hay alteraciones psicopatológicas graves (11).

Desintoxicación de cocaína

En el síndrome de abstinencia de cocaína aparecen los siguientes síntomas: anhedonia, ansiedad, agitación, depresión y anorexia. En días posteriores se observa fatiga y somnolencia, y más tarde, agotamiento, hipersomnia e hiperfagia. También puede aparecer ideación autolítica.

Generalmente el síndrome de abstinencia de cocaína es un cuadro benigno desde el punto de vista orgánico y psiquiátrico, y salvo complicaciones, no es necesaria la administración de fármacos. Se pueden administrar BZD, antipsicóticos o antidepresivos en caso de crisis de angustia, síntomas psicóticos o cuadros depresivos acompañados de ideación suicida (11).

Sin embargo, lo que más destaca durante la abstinencia de cocaína es la dependencia psicológica, que se manifiesta por el craving y la incapacidad de abstenerse de un uso compulsivo. Estos síntomas deben tratarse con el soporte psicológico adecuado (11).

Desintoxicación de alcohol

El síndrome de abstinencia del alcohol puede dividirse en tres etapas (11):

La primera etapa, de gravedad leve, se desarrolla las 24 horas iniciales y cursa con: ansiedad, inquietud, náuseas, anorexia, insomnio, sudor facial, temblor ligero, taquicardia fluctuante e hipertensión (11).

La segunda etapa, de gravedad moderada, se desarrolla entre las 24 y 72 horas de abstinencia y cursa con: agitación, temblores moderados con movimiento constante de los ojos, diaforesis, náuseas, vómitos, anorexia, diarrea y marcada taquicardia e hipertensión. Pueden presentarse ilusiones perceptivas o alucinaciones visuales o auditivas, desorientación y confusión y convulsiones (11).

La tercera etapa puede aparecer entre las 72 y 96 horas de abstinencia y se corresponde con la aparición del “delirium tremens”, que cursa con: fiebre, hipertensión y taquicardia marcada, delirium, sudoración profusa y temblores generalizados.

Todas las etapas se acompañan de craving y en casos de gravedad extrema el cuadro clínico puede conducir a la muerte (11).

En general, la desintoxicación del alcohol debe recibir tratamiento farmacológico, para disminuir el sufrimiento del paciente y evitar el desarrollo del síndrome de abstinencia. Se utilizan fármacos de acción sedante que contrarrestan la hiperreactividad asociada a la abstinencia, como las BZD, el clometiazol y el tetrabamato. Además, se usa tiamina vía intramuscular para prevenir la encefalopatía de Wernicke (11).

Desintoxicación de tabaco

El síndrome de abstinencia de nicotina se caracteriza por: estado de ánimo depresivo o disfórico, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito y del peso corporal (11).

El tabaquismo es un hábito complejo, en el que influyen factores psicológicos y sociales. Esto hace que el tratamiento fundamental de la desintoxicación de la nicotina se base en el apoyo psicológico, al cual se puede sumar el tratamiento farmacológico (11).

Los tratamientos farmacológicos son la terapia sustitutiva con nicotina (chicle de nicotina, inhalador bucal de nicotina, aerosol nasal de nicotina, comprimidos sublinguales de nicotina y parches de nicotina), el bupropion y la vareniclina (11).

5.2.3.2. Programa de Deshabitación y papel de Enfermería

La segunda fase de los PLD es el **Programa de Deshabitación**, el cual es estudiado por **3 de los 7 documentos** seleccionados.

Markez Alonso I et al mencionan que la desintoxicación no es más que una parte del tratamiento, y una vez conseguida, debe de ir seguida de la deshabitación (11).

Rodríguez Martínez A et al determinan que los objetivos de la deshabituación son mantener de forma permanente la abstinencia y adoptar un estilo de vida equilibrado. (61).

Markez Alonso I et al indican que en esta fase deben abordarse las necesidades psicológicas mediante la aplicación de técnicas como la terapia psicológica conductual o cognitivo-conductual (11).

Estas terapias facilitan la adquisición de elementos, estrategias y pautas de conducta que permiten a los drogodependientes en rehabilitación enfrentarse con posibilidades de éxito a los factores adversos, que en otras situaciones precipitarían el consumo de drogas (62).

En el estudio de Rodríguez Kuri y Nute Menéndez LD se manifiesta que la adicción a las drogas suele estar asociada a una falta de estructura en la vida cotidiana o a un estilo de vida organizado entorno a las drogas. Por lo tanto, se considera necesaria la creación de mecanismos que permitan un replanteamiento de valores, costumbres, hábitos y estilos de vida (62).

5.2.3.3. Programa de Inserción Social y papel de Enfermería

La tercera fase de los PLD es el **Programa de Inserción Social**, el cual es estudiado por **4 de los 7 documentos** seleccionados.

Markez Alonso I et al explican que, al finalizar el tratamiento de desintoxicación y de deshabituación, se tienen que facilitar la inserción social (11).

Rodríguez Martínez A et al sugieren que la inserción social es el proceso en el que deben abordarse las necesidades sociolaborales. Añaden que en esta fase es importante contar con una red social, capaz de aportar apoyo social real y duradero. Muestran en su estudio que a mayor apoyo social, más fácil y completa será la inserción social, y, por lo tanto, antes se superará la drogodependencia (61).

En la revisión de Rodríguez Kuri y Nute Menéndez LD se afirma que el restablecimiento pleno del usuario de drogas supone un proceso de reinserción social complejo. Esto se debe a que la adicción a las drogas suele estar asociada a una marginación y pérdida del lugar y espacio social del usuario. Por lo tanto, creen que es necesario ayudar al drogodependiente en rehabilitación a generar mecanismos que le permitan reconstruir las redes sociales rotas y vincularse con el entorno. Para ello es importante, que los familiares y amigos tengan una participación activa en el proceso (62).

También reconocen que muchos de los programas de inserción social se deben dirigir a la incorporación del drogodependiente en rehabilitación al medio laboral, ya que la autosuficiencia económica es uno de los factores asociados a la reinserción exitosa (62).

Díez García R apoyan esta última idea y en su estudio concluyen con que muchos de los presos drogodependientes que forman parte de este programa consiguen finalizar los estudios reglados, realizar actividades formativas y laborales e incrementar sus oportunidades de encontrar y mantener un empleo (63).

6. CONCLUSIONES

La intención personal de este trabajo era la ampliación del conocimiento sobre uno de los campos en los que la Enfermería tiene competencias específicas a desarrollar: el ámbito penitenciario. Este es uno de esos escenarios en los que los profesionales de Enfermería llevan a cabo un papel propio y diferenciado, del cual apenas tenía información.

Como consecuencia de esta inquietud, con la ayuda y orientación de mi tutor, decidí la realización de este Trabajo Fin de Grado. Se trata de una revisión bibliográfica sobre el abordaje que realiza el personal de Enfermería en el cuidado de los enfermos drogodependientes institucionalizados en centros penitenciarios.

A través de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica y teniendo como guía los objetivos propuestos, se han obtenido las siguientes **conclusiones**:

1. La labor de la Enfermería Penitenciaria difiere de la llevada a cabo en el medio externo, por las características de la población reclusa y del contexto penitenciario. El trabajo en esta área requiere, por tanto, de unas competencias concretas. Para poder unificar criterios y garantizar la calidad de los cuidados prestados en prisión, se propone la aplicación del método científico a la práctica enfermera, a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). También se establece la necesidad de realizar Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) para protocolizar los cuidados de este grupo de pacientes con unas características comunes. Una de las patologías específicas y con mayor prevalencia en el medio penitenciario es la drogodependencia. Las competencias en materia de drogodependencias serán necesarias para el trabajo de los profesionales de Enfermería con este grupo. Además, los pacientes drogodependientes en prisión tienen unas necesidades de cuidados que se ajustan a un patrón, por lo que también es necesaria la realización de PCE para su cuidado.
2. Las intervenciones sanitarias dirigidas a la población penitenciaria drogodependiente se realizan a través de la ejecución de programas. Los programas de drogodependencias llevados a cabo en el medio penitenciario se estructuran en tres áreas principales: Programas de Prevención y Educación para la Salud, Programas de Reducción de Riesgos y Daños y Programas Libres de Droga. Como miembro del equipo de salud, la Enfermería Penitenciaria forma parte activa de estos programas, y para participar en ellos, necesita una formación previa.
3. Los Programas de Prevención y Educación para la Salud llevados a cabo en prisión tienen como objetivo disminuir la aparición de nuevos casos de drogodependientes. Pretenden enseñar en positivo mediante actuaciones de promoción y educación para la salud.

El contacto constante y directo que tiene la Enfermería con los pacientes, le permite realizar intervenciones directas, estables y continuadas de promoción y educación para la salud, que son una parte fundamental de su actividad.

Una estrategia preventiva fundamental, es la Mediación en Salud, que utiliza los principios de la educación entre iguales. El objetivo general de estos programas suele ser mejorar la calidad de vida de los internos y, además, alguno de los objetivos específicos, puede hacer referencia a la prevención de las drogodependencias.

El personal de Enfermería forma parte del grupo de profesionales seleccionados para formar a los agentes de salud que se encargan de la educación entre iguales.

4. Los Programas de Reducción de Riesgos y Daños desarrollados en prisión tienen como objetivo reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas, sin la necesidad de abandonar el consumo. Entre estos programas encontramos el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), la Terapia de Sustitución de Opiáceos (TSO) y los Programas de Actuación en Sobredosis.

Los PIJ buscan disminuir la práctica de compartir el material de inyección de drogas para limitar el contagio de enfermedades infectocontagiosas. El papel del personal de Enfermería en este programa es fundamental, pues se encarga de repartir las jeringuillas estériles y recoger las usadas y de ofrecer educación sanitaria, consejo y apoyo a los usuarios del programa. Una alternativa al PIJ, es el Programa de Distribución de Papel de Aluminio, que consiste en distribuir papel de aluminio a los drogodependientes que utilizan la vía fumada para el consumo de drogas, evitando el elevado riesgo de sobredosis de la vía parenteral y el uso compartido de papeles.

La TSO consigue la disminución o el abandono del consumo de opiáceos ilegales, disminuye la morbilidad asociada y mejora la calidad de vida de los toxicómanos en prisión. Se basa en la prescripción controlada de opioides como la metadona o la buprenorfina, sola o asociada a la naloxona.

El Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) es el tratamiento básico de la dependencia a opiáceos. Las tareas de Enfermería en la atención de los pacientes del PMM son administrar la metadona, observar el estado general del paciente, brindar asesoramiento y ofrecer apoyo continuo.

El Programa de Mantenimiento con Buprenorfina (PMM) es un tratamiento efectivo de la dependencia a opiáceos, sin embargo, en comparación con el PMM, suele ser menos eficaz, aunque parece proporcionar mejor calidad de vida. Los profesionales de Enfermería son los encargados de dispensar la buprenorfina/naloxona, valorar los síntomas de abstinencia, dar apoyo y realizar educación para la salud.

El Programa de Actuación en Sobredosis se basa en dos estrategias fundamentales, la prevención de la sobredosis y la atención inmediata de la misma.

La prevención de la sobredosis se realiza a través de campañas preventivas sobre conductas de riesgo para sufrir una sobredosis y de estrategias de Mediación en Salud. Otra de las medidas más eficaces es la implantación de TSO, con metadona o buprenorfina.

La actuación inmediata ante un episodio de sobredosis consiste en identificar una intoxicación aguda y estabilizar al paciente para evitar consecuencias fatales. Son

los profesionales sanitarios, entre ellos el personal de Enfermería, los encargados de identificar los síntomas y tratar la intoxicación aguda por sobredosis.

5. Los Programas Libres de Droga (PLD) realizados en prisión tienen como objetivo poner fin a la drogodependencia a través de tres fases: desintoxicación, deshabitación e inserción social. Sin embargo, estos programas tienen limitada efectividad. En cuanto al papel de los profesionales de Enfermería, estos ocupan un lugar destacado en el abordaje de la abstinencia, por su accesibilidad a los pacientes y por su papel de educadores de salud.

En los Programa de Desintoxicación se suprime el consumo de drogas, lo que precipita el síndrome de abstinencia, el cual se trata farmacológicamente.

En los Programa de Deshabitación se pretende mantener de forma permanente la abstinencia y adoptar un estilo de vida equilibrado a través de terapias psicológicas que permiten la adquisición estrategias y pautas de conducta.

En el Programa de Inserción se ayuda a generar mecanismos para reconstruir las redes sociales rotas, vincularse con el entorno e incorporase al medio laboral.

A continuación, se exponen las limitaciones encontradas a la hora de realizar esta revisión bibliográfica, así como las fortalezas, algunas recomendaciones personales y futuras líneas posibles de investigación.

Limitaciones

Durante el desarrollo del trabajo han surgido diversas limitaciones relacionadas con la información encontrada en la búsqueda bibliográfica. Esto se debe a que la información que existe en el estado del arte sobre el cuidado enfermero de las personas drogodependientes institucionalizadas en centros penitenciarios es escasa y poco concluyente.

La primera limitación, fue la dificultad para encontrar artículos que trataran sobre la actividad independiente del personal de Enfermería en el ámbito penitenciario. La mayoría de los documentos contenían información sobre los profesionales del equipo sanitario de manera general, sin mencionar de forma concreta a la Enfermería Penitenciaria. Este problema era más evidente cuando se buscaban artículos acerca de la atención enfermera realizada a los presos drogodependientes, pese a la elevada prevalencia de esta patología en el ámbito penitenciario.

La segunda limitación, fue encontrar información de los programas de drogodependencias llevados a cabo en prisión. En este caso, la información sobre estos programas en el medio comunitario era abundante, sin embargo, si se contextualizaba en el medio penitenciario, la información comenzaba a escasear. Además, la documentación acerca del papel del personal de Enfermería en los programas de drogodependencias en el medio penitenciario, fue prácticamente nula.

Estas limitaciones hicieron necesaria la ampliación de la búsqueda bibliográfica. No solo se buscó información en bases de datos, sino que se utilizaron recursos oficiales

ofrecidos por las distintas sedes electrónicas y web públicas españolas, como la RESP y la SESP.

Ambos recursos facilitaron mucha información de gran relevancia, tanto de la Enfermería Penitenciaria, como de los programas de drogodependencias desarrollados en prisión. El problema fue que se precisó la eliminación del criterio de exclusión “Artículos publicados hace más de 10 años” y se utilizó algún artículo anterior al año 2010.

Fortalezas

A pesar de las limitaciones encontradas, la mayoría de los artículos seleccionados se habían realizado en años cercanos al presente, por lo que en general los resultados obtenidos en la presente revisión bibliográfica son de carácter actual.

Además, que muchos de los artículos se extrajeran de la RESP y que el trabajo se haya centrado en España y que únicamente se haya utilizado Europa a nivel comparativo, ha hecho que la mayoría de artículos utilizados estuvieran en español. Esto ha facilitado la lectura de los mismos y la extracción de los resultados.

Recomendaciones

A continuación, se expone una propuesta personal que podría mejorar la calidad asistencial de la práctica enfermera con los presos drogodependientes en el ámbito penitenciario.

Se considera necesario elaborar un protocolo de cuidados enfermeros para los drogodependientes en prisión, que facilite al personal de Enfermería su aplicación en la práctica diaria.

En la línea de esta primera propuesta, se adjuntan el **Anexo 1**: “Valoración de Enfermería del paciente drogodependiente en prisión” y el **Anexo 2**: “PCE del paciente drogodependiente en prisión”, ambos de elaboración propia.

Sin embargo, se cree que sería conveniente adaptarlos al grupo de pacientes que acude a cada uno de los programas de drogodependencias llevados a cabo en el medio penitenciario, para que se ajusten más a las características comunes de estos y permitan unos mejores cuidados enfermeros.

Líneas futuras de investigación

Como consecuencia de la escasa información que existe acerca del cuidado enfermero de las personas drogodependientes en prisión, se propone la realización de nuevos estudios que investiguen las competencias de la Enfermería Penitenciaria de manera general y en concreto, en materia de drogodependencias.

Esto serviría para que los profesionales de Enfermería realicen un cuidado enfermero más evolucionado y de mayor calidad. También se pondría de manifiesto la necesidad de crear una especialidad de Enfermería Penitencia que mejorase el apoyo a este colectivo y le ofreciese los cuidados que realmente necesita.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la lengua española. 23ª edición. 2014. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
2. Organización Mundial de la Salud, editor. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Centro de publicaciones del ministerio de sanidad y consumo; 1994. 64 p.
3. Bobes J, Casas M, Gutierrez M, editores. Manual de trastornos adictivos. 2ª Edición. @jlaplaza [internet]. 2011;499. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEWjkruDG45LpAhUp5uAKHRTVDIcQFjABegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fbibliojd.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F03%2FManual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf&usq=AOvVaw20lyNH1m_59gsNLF_KgF4m
4. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud. 10ª revisión. Washington, D.C.; 1995. 1177 p.
5. Órgano oficial de la sociedad chilena de neurología, psiquiatría y neurocirugía, editor. DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52(Supl 1): S1-66.
6. Gobierno Vasco. Curso de sanidad penitenciaria para profesionales sanitarios de Osakidetza; 2012. 99 p.
7. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, editor. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2017 [internet]; 2017. 136 p. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
8. Ley Orgánica General Penitenciaria. Pub. L. No.1/1979, (1979 sept). 24p.
9. Vera EJ, Borraz JR, Domínguez JA, Mora LM, Casado SV, González JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. Rev Esp Sanid Penit. 2014; 16:38-47.
10. Gobierno de España. Ministerio del interior. Secretaría general de instituciones penitenciarias [Internet]. Estadística penitenciaria [actualizada 2020 My]; Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html>
11. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). Guía: atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas [internet]; 2019. 290 p. Disponible en:

http://cuidadosconfinados.pbworks.com/w/file/fetch/71574053/atencion_y_trat_en_prision_por_uso_drogas_2012.pdf#page=215

12. Ministerio del interior, editor. Informe general 2018. Centro penitenciario y CIS de Ceuta [internet]; 2018. 460 p. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/eu/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas/-informe-general-de-instituciones-penitenciarias>
13. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, editor. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias; 2016. 30 p.
14. Carrasco-Baún H. Prison nursing: legal framework and care reality. Rev Esp Sanid Penit. 2017; 19:3-12
15. Brugal MT. El papel de la sanidad penitenciaria en la prevención y tratamiento del consumo de drogas ilegales. Rev Esp Sanid Penit. 2012; 14:1-2 Editorial.
16. Constitución española. Pub. L. No.311.1/1978, (1978 dic). 112p.
17. Ley general de sanidad. Pub. L. No.14/1986, (1986 abr). 49p.
18. Reglamento penitenciario. Pub. L. No.1201/1981, (1981 my). 41p.
19. Ministerio de sanidad y consumo, editor. Actuar es posible: intervención sobre drogas en centros penitenciarios [internet]; 2006. 109 p. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gl/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=9733>
20. Ministerio del interior, editor. Instrucción 10/2014 [internet]; 2014. 22 p. Disponible en: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Circular_I-10-2014.pdf.+
21. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, editor. Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024 [internet]; 2018. 70 p. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gl/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=11613>
22. Nasset MB, Rustad Å, Kjelsberg E, Almvik R, Bjørngaard JH. Health care help seeking behaviour among prisoners in Norway. BMC Health Serv Res [Internet]. 2011;11(1):301. Available en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/301>
23. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP). Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas (opinión de los profesionales). Sevilla; 2009. 114 p.
24. Avendaño Merín I. Reflexión: el papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y Futuro; 2002 sept 26-28; Salamanca; 2002.

25. Sánchez Roig M, Coll Cámara A. Prison nursing and its training. *Rev Esp Sanid Penit.* 2016; 18:110-8.
26. Alcalde Parcés P, Vera Remartínez EJ. Método científico y lenguaje enfermero estandarizado. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014; 16:1-2 Editorial.
27. Martínez Delgado MM. Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014; 16:11-9.
28. Perry AE, Martyn-St JM, Burns L, Hewitt C, Glanville JM, Aboaja A, Thakkar P, Santosh Kumar KM, Pearson C, Wright K, Swami S. Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019; Issue 10:96.
29. Borraz Fernández JR. En el laberinto de las drogas & Manuel. *Nuberos científica.* 2016; 3(20):22-25.
30. García Jiménez MT. Promoción de la salud, cambios sociales, desarrollo de la Salud Pública. *Rev Esp Sanid Penit.* 2004; 6:58-67.
31. Cibanal JL. El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud. *Rev Esp Sanid Penit.* 2000; 1:14-22.
32. Bustamante Navarro R, Paredes Carbonell JJ, Aviñó Juan-Ulpiano D, González Rubio J, Pitarch Monzó C, Martínez Martínez L, Arroyo Cobo JM. Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013; 15:44-53.
33. Jóluskin G, Silva I, de Castro Rodríguez A. Alfabetización en salud en contexto penitenciario: Programa de Educación por Pares. *R Est Inv Psico y Educ.* 2017; Extr. (14);A14-101.
34. Parras Vázquez F. Las cárceles: un lugar para la prevención. *Rev Esp Sanid Penit.* 2000; 1:1-2 Editorial.
35. Díez E. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. *Rev Esp Sanid Penit.* 2004; 6:75-9.
36. García Berriguete R. Formación de Formadores. Programa de Agentes de Salud. *Rev Esp Sanid Penit.* 2004; 6:8-11.
37. Hernández Fernández T, Arroyo Cobo JM. Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 12:86-90
38. Trujols J, Marco A. Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario (I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 1999; 2:32-46

39. Ferrer Castro V, Crespo Leiro MR, García Marcos LS, Pérez Rivas M, Alonso Conde A, García Fernández I, Lorenzo Guisado A, Sánchez Fernández JL, Seara Selas M, Sanjose Vallejo R. Evaluación del programa de intercambio de jeringuillas en el centro penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense): diez años de experiencia. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 14:3-11.
40. Valenzuela Rodríguez AJ. Guía para el desarrollo de Programas de Pntercambio de Jeringuillas (PIJ) desde la consulta de triaje de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). *Revista Páginasenferurg.com* 2010 jun;2(06):12-21.
41. de la Fuente L, Bravo MJ, Jiménez-Mejías E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas en las prisiones españolas, 1992-2009. Una estimación corregida. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 14:86-90.
42. de la Fuente L, Bravo MJ, Jiménez-Mejías E, Sordo L, Pulido J, Barrio G. Evolución de la necesidad y cobertura de los programas de tratamiento con sustitutivos opioides e intercambio de jeringas en las prisiones españolas. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 14:67-77.
43. Clua García R, Bañuls Oncina E, Imbernón Casas M, Jiménez Vinaja R. Los discursos del riesgo de los usuarios de drogas en prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2019; 21:31-40.
44. Strike C, Watson TM, Gohil H, Miskovic M, Robinson S, Arkell C, Challacombe L, Amlani A, Buxton J, Demel G, Gutierrez N, Heywood D, HopKins S, Lampkin H, Leonard L, Lockie L, Millson P, Nielsen D, Petersen D, Young S, Zurba N. Best practice recommendations for Canadian harm reduction programs: Part 2 [internet]; 2015. 148p. Disponible en:
https://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-part2.pdf%0Ahttp://www.pulsus.com/journals/pdf_frameset.jsp?jnlKy=3&atlKy=795&isArt=f&jnlAdvert=Infdis&adverifHCTp=&supKy=526&sTitle=Canadian Association for HIV Research Abstracts%2C Pul
45. Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N. Medicine in the Penal System. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115:808-14.
46. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gac Sanit.* 2016;30(S1):99-105.
47. Favrod-Coune T, Baroudi M, Casillas A, Rieder JP, Gétaz L, Barro J, Gaspoz JM, Broers B, Wolff H. Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2013;143(Nov):1-7.
48. Marco A, López-Burgos A, García-Marcos L, Gallego C, Antón JJ, Errasti A. ¿Es necesario disponer de tratamientos con Buprenorfina/Naloxona para los presos dependientes de opiáceos? *Rev Esp Sanid Penit.* 2013;15(3):105-13.

49. Fuentes Soliz JA, Vargas Fuentes OM, Fuentes Rocha Y, Morales Almanza MA. Efectividad del cambio de tratamiento desde Metadona a Buprenorfina/Naloxona en dependientes a opiáceos, Bilbao-España. *Gac Med Bol*. 2017;40(1):35-40.
50. Gutiérrez Cáceres S, Pedraz Marcos A, Serrano Gallardo P. Envejecer en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93:1-13.
51. Cotton BP, Bryson WC, Lohman MC, Brooks JM, Bruce ML. Characteristics of Medicaid Recipients in Methadone Maintenance Treatment: A comparison across the lifespan. *J Subst Abuse Treat*. 2018 sept; 92:40-45.
52. Castillo Blázquez A. Comparativa sobre dos modelos de dispensación de metadona. *Documentos de Trabajo Social*. 2015 nov; 55:161-203.
53. Grinspun D. Supporting clients on Methadone Maintenance Treatment: A systematic review of nurse's role [internet]; 2010 jul. 113p. Disponible en: www.rnao.org/bestpractices
54. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine Maintenance versus placebo or Methadone Maintenance for opioid dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; Issue 2; 68 p.
55. Zoorob R, Kowalchuk A, Grubb MM. Buprenorphine Therapy for Opioid Use Disorder. *American Family Physician*. 2018;97(5):313-20.
56. Monterroso Monzón JO, Godoy Santizo R, Figueroa Castellanos AC, Wendy Carolina LL, Estrada Cifuentes AL, Rodríguez Godínez MP, Cardillo GA, Abac Baquix HT. Inducción a buprenorfina/naloxona en la unidad de desintoxicación hospitalaria de la Región de Murcia. VI Congreso internacional virtual de enfermería y fisioterapia. 2015 my 15-28. Granada.
57. Tina H, Nijmeh L, Pyle A. Buprenorphine–Naloxone. *CMAJ*. 2018;190(47): E1389.
58. Miguel Arias D, Pereiro Gómez C, Bermejo Barrera AM, Vázquez Ventoso C, Rodríguez Barca T. Muertes por reacción aguda a drogas en las prisiones de Galicia (España) durante el periodo 2001-2010. *Rev Esp Sanid Penit*. 2017; 19:49-56
59. Instituto Guatemalteco de seguridad social (IGSS), subgerencia de prestaciones en salud comisión de elaboración de guías de práctica clínica basadas en evidencia (GPC-BE), editores. Manejo de intoxicación aguda por sustancias recreativas; 2019 jun. 99p.
60. Casares López MJ, González Menéndez AM, Fernández García MP, Villagrà P. Evaluación de la eficacia de un tratamiento libre de drogas intrapenitenciario. *Psicothema*. 2012;24(2):217-23.

61. Rodríguez Matínez A, Ruiz Rodríguez F, Antón Basanta JJ, Herrera Jáimez J, Máiquez Pérez A, Ottaviano Castillo A. ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza. Rev Esp Sanid Penit. 2010; 12:13-20.
62. Rodríguez Kuri SE, Nute Menéndez LD. Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2013;16(1).
63. Díez García R. La inserción sociolaboral de un colectivo excluido: personas drogodependientes en prisión. Lan Harremanak. 2010; 22:119-147.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Valoración de Enfermería del paciente drogodependiente en prisión

Del mismo modo que se hace en cualquier dispositivo de salud, en el medio penitenciario el personal de Enfermería realiza una Valoración de Enfermería a cada paciente. A continuación, aprovechando los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se expone una Valoración de Enfermería del paciente drogodependiente en prisión:

Valoración de Enfermería del paciente drogodependiente en prisión	
<u>Patrón 1:</u> Percepción y mantenimiento de la salud	Hábitos tóxicos: consumo de drogas. No es extraño que estén descuidados y con un déficit de cuidados higiénicos importante. Son personas muy demandantes de medicación y tendentes a la automedicación.
<u>Patrón 2:</u> Nutricional y metabólico	Suele haber importantes déficits nutricionales y delgadez. Hay pérdida de piezas dentales.
<u>Patrón 3:</u> Eliminación	Las personas que abusan de opiáceos o que están en tratamiento con agonistas de opiáceos (metadona, buprenorfina) sufren estreñimiento. Las personas que tienen síndrome de abstinencia pueden tener diarrea.
<u>Patrón 4:</u> Actividad y ejercicio	Suele existir enlentecimiento psicomotor. La vida de los presos gira en torno a las drogas, por lo que van a carecer de tiempo y ganas para realizar actividades de ocio y ejercicio físico.
<u>Patrón 5:</u> Sueño y descanso	Los presos suelen tener problemas para conciliar el sueño. La mayoría abusan del consumo de hipnóticos.
<u>Patrón 6:</u> Cognitivo y perceptual	Hay reclusos que sufren sobredosis o que se encuentran impregnados por el uso abusivo de drogas. Estas personas tienen confusión aguda y deterioro de la memoria. Muchos de los presos que consumen drogas tienen también patología mental.

<u>Patrón 7:</u> Autopercepción y autoconcepto	Los reclusos suelen tener la autoestima baja y cierto complejo de culpabilidad. No es extraño que tengan conductas autolesivas.
<u>Patrón 8:</u> Rol y relaciones	Tanto la cárcel como la droga les coarta la libertad. Son personas cuyas relaciones familiares suelen estar muy deterioradas y suelen sufrir aislamiento social.
<u>Patrón 9:</u> Sexualidad y reproducción	Los reclusos que están en el programa de metadona suelen sufrir disminución del deseo sexual. Las mujeres pueden tener amenorrea y los hombres impotencia. Hay un alto porcentaje de presos que tienen enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, VIH, hepatitis B y C etc.).
<u>Patrón 10:</u> Adaptación y tolerancia al estrés	El toxicómano suele tener poca tolerancia a la frustración, lo que le suele generar ansiedad. Presenta un consumo abusivo de fármacos tranquilizantes. Puede tener conductas manipuladoras y violentas.
<u>Patrón 11:</u> Valores y creencias	En prisión se respetan los valores y creencias religiosas de cada individuo.

Anexo 1: Valoración de Enfermería del paciente drogodependiente en prisión (*Fuente:* elaboración propia).

ANEXO 2: Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) del paciente drogodependiente en prisión

A partir de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon alterados, se realiza un PCE para el paciente drogodependiente en prisión, dada la alta prevalencia de esta enfermedad en este medio:

Patrones funcionales de Marjory Gordon alterados	NANDA
<u>Patrón 1:</u> Percepción y mantenimiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • [00004] Riesgo de infección • [00078] Gestión ineficaz de la salud • [00037] Riesgo de intoxicación • [00259] Riesgo de síndrome de abstinencia agudo
<u>Patrón 2:</u> Nutricional y metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales • [00048] Deterioro de la dentición
<u>Patrón 3:</u> Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • [00011] Estreñimiento • [00013] Diarrea
<u>Patrón 4:</u> Actividad y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • [00085] Deterioro de la movilidad física • [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas
<u>Patrón 5:</u> Sueño y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • [00198] Trastorno del patrón del sueño
<u>Patrón 6:</u> Cognitivo y perceptual	<ul style="list-style-type: none"> • [00132] Confusión aguda • [00131] Deterioro de la memoria
<u>Patrón 7:</u> Autopercepción y autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> • [00120] Baja autoestima situacional • [00150] Riesgo de suicidio
<u>Patrón 8:</u> Rol y relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • [00063] Procesos familiares disfuncionales • [00052] Deterioro de la interacción social
<u>Patrón 9:</u> Sexualidad y reproducción	<ul style="list-style-type: none"> • [00059] Disfunción sexual
<u>Patrón 10:</u> Afrontamiento y tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • [00146] Ansiedad • [00071] Afrontamiento defensivo

Anexo 2.1: Diagnósticos de Enfermería (NANDA) para el paciente drogodependiente en prisión, clasificados según los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados (*Fuente:* elaboración propia).

NANDA	NOC	NIC
[00004] Riesgo de infección	[1807] Conocimiento: control de la infección [1813] Conocimiento: régimen terapéutico [1602] Conducta de fomento de la salud [1805] Conocimiento: conductas sanitarias	[5510] Educación para la salud [6540] Control de infecciones [8820] Control de enfermedades transmisibles [2300] Administración de medicación [6530] Manejo de la inmunización /vacunación
[00078] Gestión ineficaz de la salud	[1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad [1813] Conocimiento: régimen terapéutico [1811] Conocimiento: actividad prescrita	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos [2380] Manejo de la medicación
00037] Riesgo de intoxicación	[1812] Conocimiento: control del consumo de sustancias [1904] Control del riesgo: consumo de drogas	[5510] Educación para la salud [4510] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas [2300] Administración de medicación
[00259] Riesgo de síndrome de abstinencia agudo	[2108] Severidad de la retirada de sustancias	[4514] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de drogas [4512] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol
[[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	[[1004] Estado nutricional [1841] Conocimiento: manejo del peso [1802] Conocimiento: dieta prescrita [1811] Conocimiento: actividad prescrita	[[1240] Ayuda para ganar peso [5614] Enseñanza: dieta prescrita [5612] Enseñanza: ejercicio prescrito

[00048] Deterioro de la dentición	[1603] Conducta de búsqueda de la salud [0308] Autocuidados: higiene oral	[5510] Educación para la salud [1710] Mantenimiento de la salud bucal
[00011] Estreñimiento	[0501] Eliminación intestinal	[430] Control intestinal [450] Manejo del estreñimiento [2380] Manejo de la medicación
[00013] Diarrea	[0501] Eliminación intestinal	[430] Control intestinal [460] Manejo de la diarrea [2380] Manejo de la medicación
[0085] Deterioro de la movilidad física	[0208] Movilidad [2004] Forma física [0211] Función esquelética	[5510] Educación para la salud [0200] Fomento del ejercicio [0140] Fomentar la mecánica corporal
[00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas	[1604] Participación en actividades de ocio	[5510] Educación para la salud [8700] Desarrollo de un programa [4310] Terapia de actividad
[00198] Trastorno del patrón del sueño	[0003] Descanso [0004] Sueño	[5510] Educación para la salud [1850] Mejorar el sueño [2380] Manejo de la medicación [6040] Terapia de relajación
[00132] Confusión aguda	[0916] Nivel del delirio [0901] Orientación cognitiva [0907] Elaboración de la información	[6510] Manejo de las alucinaciones [6440] Manejo del delirio [2300] Administración de medicación
[00131] Deterioro de la memoria	[0900] Cognición [0905] Concentración [0908] Memoria	[4760] Entrenamiento de la memoria [8700] Desarrollo de un programa
[00120] Baja autoestima situacional	[1205] Autoestima [1280] Nivel de depresión	[5400] Potenciación de la autoestima [4350] Manejo de la conducta [5220] Mejora de la imagen corporal

[00150] Riesgo de suicidio	[1205] Autoestima [1408] Autocontrol del impulso suicida	[5330] Control del estado de ánimo [6340] Prevención del suicidio
[00052] Deterioro de la interacción social	[0902] Comunicación [1503] Implicación social	[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales [5100] Potenciación de la socialización
[00063] Procesos familiares disfuncionales	[2603] Integridad de la familia	[7200] Fomento de la normalización familiar [7150] Terapia familiar
[00059] Disfunción sexual	[0119] Funcionamiento sexual	[5248] Asesoramiento sexual [4356] Manejo de la conducta: sexual
[00146] Ansiedad	[1402] Autocontrol de la ansiedad [1404] Autocontrol del miedo [1703] Creencias sobre la salud: percepción de recursos	[6040] Terapia de relajación [5820] Disminución de la ansiedad [2380] Manejo de la medicación
[00071] Afrontamiento defensivo	[1302] Afrontamiento de problemas [1401] Autocontrol de la agresión	[5230] Mejorar el afrontamiento [8340] Fomentar la resiliencia

Anexo 2.2: Objetivos de Enfermería (NOC) e Intervenciones de Enfermería (NIC) para el paciente drogodependiente en prisión, clasificados según Diagnósticos de Enfermería (NANDA) (*Fuente:* elaboración propia).